



**INSTITUTIONEN FÖR
VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

MÖTET MED BARNMORSKAN UNDER CELLPROVSKONTROLLEN

**- ett tillfälle att vårda den sexuella och reproduktiva
hälsan?**

Författare: Beatriz Hedvall

Maria Bohman

Titel (svensk):	Mötet med barnmorskan under cellprovskontrollen - ett tillfälle att vårda den sexuella och reproduktiva hälsan?
Titel (engelsk):	The meeting with the midwife during the cervical cancer screening - an opportunity to take care of the sexual and reproductive health?
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program:	Masterprogram i reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/År:	Ht/2016
Handledare:	Ingela Lundgren
Examinator:	Åsa Axelsson

Sammanfattning

Titel (svensk):	Mötet med barnmorskan under cellprovskontrollen - ett tillfälle att vårda den sexuella och reproduktiva hälsan?
Titel (engelsk):	The meeting with the midwife during the cervical cancer screening - an opportunity to take care of the sexual and reproductive health?
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program:	Masterprogram i reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/År:	Ht/2016
Handledare:	Ingela Lundgren
Examinator:	Åsa Axelsson
Nyckelord:	cellprovskontroll, barnmorska, kvinnor, sexuell och reproduktiv hälsa/ cervical cancer screening, midwife, women, sexual and reproductive health

Bakgrund: I Sverige kallas alla kvinnor mellan 23 och 60 år regelbundet till gynekologiska cellprovskontroller. Förekomsten av cervixcancer har minskat dramatiskt sedan kontrollerna infördes på 1960-talet. Det finns forskning som fokuserat på barnmorskors upplevelse av cellprovskontrollen, men det har inte påträffats någon studie som belyser kvinnors upplevelse och behov av att utöka cellprovskontrollen. **Syfte:** Att utforska kvinnors behov av att utöka cellprovskontrollen till att även innefatta möjligheten att ta upp frågor rörande sexuell och reproduktiv hälsa. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie med öppna frågor som analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. **Urval:** Kvinnor som besökte en barnmorskemottagning i Västsverige för cellprovskontroll under två dagar i november 2016. Frågorna besvarades av tretton kvinnor i åldrarna 24-59 år. **Resultat:** Presenteras i tre huvudkategorier och åtta underkategorier. Huvudkategorierna är: positivt möte med barnmorskan, tidsbrist gav begränsningar i mötet med barnmorskan och kvinnornas behov av att få ställa frågor. Underkategorierna är: positivt förhållningssätt, kommunikation som lättade upp stämningen, rutinmässigt förhållningssätt begränsade kommunikationen, brist på tid påverkade frågorna, tillfället togs i akt och frågor ställdes trots tidsbrist, behov av att få ställa frågor om underlivet och klimakteriet, behov av att få information om provtagningen och önskvärt att få prata mer med barnmorskan. **Slutsats:** Resultatet från denna studie visar på att kvinnorna hade ett behov av att få ställa frågor i samband med cellprovskontrollen. Bristen på tid ledde till begränsningar i mötet med barnmorskan men mötet upplevdes ändå som positivt. Emellertid behövs mer forskning som utgår från kvinnornas perspektiv.

Abstract

Background: In Sweden all women between the ages of 23 to 60 years are summoned for cervical cancer screening (CCS) regularly. The incidence of cervical cancer has decreased dramatically since the screening program was introduced during the 1960's. There is previous research that emphasizes the midwives experiences of the CCS. However, no research has been found that highlights women's experiences of the CCS and need for an extended meeting. **Objective:** To explore women's needs to expand the CCS to include the ability to raise questions concerning sexual and reproductive health. **Method:** A qualitative interview-study with open-ended questions, analysed with a qualitative content analysis. **Participants:** Women who attended an antenatal centre in the west of Sweden for CCS during two days in November 2016. The questions were answered by thirteen women in the ages between 24-59 years. **Results:** Presented in a total of three main categories and eight subcategories. The main categories are: a positive meeting with the midwife, lack of time led to limitations in the meeting with the midwife and the women's needs to raise questions. The subcategories are: positive approach, communication that lightened up the mood, routine approach limited the communication, lack of time affected the questions, the opportunity was taken to raise questions despite the lack of time, needs to raise questions about the genitals and menopause, needs to get information about the screening and desirable to talk more with the midwife. **Conclusion:** The result from this study shows that the women had a need to raise questions in conjunction with the CCS. The lack of time led to limitations in the meeting with the midwife, but the meeting was still perceived as positive. Nevertheless, further research is needed, which focuses on the women's perspective.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	2
Barnmorskans kompetensområde	2
Sexuell hälsa.....	2
Mödrhälsovårdens och barnmorskemottagningens historia	3
Barnmorskans arbete med gynekologisk cellprovskontroll	4
Cervixcancer	5
Humant papillomvirus.....	6
Teoretisk referensram.....	8
Holism.....	8
Vårdrelationen.....	9
Tidigare forskning.....	10
Cellprovskontrollen och mötet med barnmorskan	10
Kvinnors behov av att möta en barnmorska i ett livscykelperspektiv	12
Problemformulering	14
Syfte	14
Metod	15
Urval.....	15
Datainsamling	16
Dataanalys	17
Forskningsetiska överväganden	17
Resultat.....	19
Positivt möte med barnmorskan.....	20
Positivt förhållningssätt.....	20
Kommunikation som lättade upp stämningen.....	20
Tidsbrist gav begränsningar i mötet med barnmorskan	21
Rutinmässigt förhållningssätt begränsade kommunikationen.....	21
Brist på tid påverkade frågorna	21
Tillfället togs i akt och frågor ställdes trots tidsbrist.....	23
Kvinnornas behov av att få ställa frågor	23
Behov av att få ställa frågor om underlivet och klimakteriet.....	23
Behov av att få information om provtagningen	24
Önskvärt att få prata mer med barnmorskan	25
Diskussion.....	27
Metoddiskussion	27

Resultatdiskussion.....	29
Slutsats	31
Referenslista.....	32
Bilaga 1 - FPI	38
Bilaga 2 - exempel på analysens gång	41

Inledning

Samtliga kvinnor i Sverige i åldrarna 23-60 år kallas regelbundet till gynekologiska cellprovskontroller (Socialstyrelsen, 2015). Vid cellprovskontrollerna på en barnmorskemottagning når barnmorskan en grupp kvinnor som de inte träffar i samma utsträckning som de kvinnor som går på preventivmedelsrådgivning eller som är gravida. För flera i den gruppen kvinnor så är kanske mötet med barnmorskan i samband med cellprovskontrollen den enda kontakten de har med en barnmorska under stora delar av sina liv. Under den verksamhetsförlagda utbildningen observerades att många kvinnor hade flera frågor som de passade på att ställa under den korta stund cellprovskontrollen varade. Frågorna kunde gälla klimakteriebesvär, sexuellt överförbara infektioner (STI) eller sexuella problem. Den planerade tidsåtgången för cellprovskontrollen är fem till sju minuter och det upplevdes svårt att hinna svara på frågorna kvinnorna ställde. Denna iakttagelse utgjorde grunden till frågeställningen om huruvida kvinnor hade behov av att utöka cellprovskontrollen till att även innefatta möjligheten att ta upp frågor rörande sexuell och reproduktiv hälsa.

I den etiska koden för barnmorskor framgår det att barnmorskor förväntas vara lyhörda för de psykiska, fysiska, emotionella och andliga behov som framkommer hos kvinnor som söker hälsovård (ICM, 2014). Därför bör barnmorskor, i och med cellprovskontrollerna, utnyttja denna möjlighet att fånga upp kvinnor och deras eventuella reflektioner kring sin sexuella och reproduktiva hälsa i ett livscykelperspektiv. Enligt ICM (2014) är ett av barnmorskornas ansvar att tillhandahålla hälsoupplýsning och friskvård för kvinnor under hela kvinnornas livscykel.

Inom ramen för denna magisteruppsats i masterprogrammet i reproduktiv och perinatal hälsa gavs en möjlighet att utforska kvinnors behov av att utöka cellprovskontrollen till att även innefatta möjligheten att ta upp frågor rörande sexuell och reproduktiv hälsa, i form av intervjuer av kvinnor i anknytning till deras cellprov på en barnmorskemottagning.

Bakgrund

Barnmorskans kompetensområde

Barnmorskans arbete styrs, som för all annan svensk hälso-och sjukvårdspersonal, av en rad lagar och förordningar. Enligt Socialstyrelsen (2006) skall allt arbete som barnmorskan utför ske i enlighet med gällande författningar. Utöver lagar och förordningar åligger det även professionen att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet samt att bedriva vård som utgår från en etisk och holistisk värdegrund. Barnmorskan bör utöver detta ha förmåga att arbeta både hälsoinriktat och sjukvårdande. Vidare innefattar yrkets kompetens tre huvudområden enligt Socialstyrelsen (2006): sexuell och reproduktiv hälsa; forskning och utveckling samt ledning och organisation. Ett etiskt förhållningssätt som vilar på humanistiska grundvärden skall alltid genomsyra barnmorskans arbete. Barnmorskeyrkets kompetensområden innehåller delkompetenser, bland annat att kunna tillämpa kunskap om faktorer som har betydelse för hälsa, sexualitet och samlevnad ur ett genus- och livscykelperspektiv. Detta innebär att en barnmorska måste ha en bred kunskap som rör vetande om allt från menarche, pubertet, sexuellt överförbara infektioner (STI) och STI-prevention, antikonception, kvinnlig reproduktion, graviditet och förlossning, puerperiet, menopaus med mera. Utöver detta skall även barnmorskan, för att kunna bedriva evidensbaserad vård, ha förmåga att söka samt tillämpa evidensbaserad kunskap. Sammanfattningsvis har barnmorskan en viktig roll för främjandet av kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa i ett livscykelperspektiv (Socialstyrelsen, 2006).

Sexuell hälsa

Sexuell och reproduktiv hälsa är ett av barnmorskans huvudområden (Socialstyrelsen, 2006). Enligt Hultér (2016) ställs det särskilda krav på behandlaren i professionella möten där sexuella frågor kommer upp. Behandlaren behöver ha en medvetenhet om sina egna värderingar och samtidigt en öppenhet och ett intresse för andra människors uppfattningar och erfarenheter, som kan vara helt skilda individer emellan. Grunden för detta är kunskap om sexologi. Sexologin studerar och beskriver faktorer som inverkar på människors sexuella hälsa i alla åldrar. Behandlarens egna värderingar har stor betydelse, men får inte påverka bemötandet (Hultér, 2016). Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) definieras sexualitet som en viktig del av människans liv (WHO, u.å.). Vidare menar WHO (u.å.) att sexuell hälsa är:

...a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled (WHO, u.å.).

Sexualiteten påverkar stora delar av livet och genom det påverkar sexualiteten även den psykiska och fysiska hälsan. Omvänt påverkas i sin tur sexualiteten av en rad faktorer såsom till exempel den kulturella, ekonomiska och religiösa kontexten (WHO, u.å.).

...a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors (WHO, u.å.).

Att som barnmorskeprofession fråga människor om intima sexuella erfarenheter är mycket privat och situationen bör hanteras med känslighet och respekt. Samtidigt ses det som grundläggande i en barnmorskas arbete att fråga om hur enskilda människor har det i sin sexualitet och i sitt samliv. Barnmorskans förmåga att lyssna får i de situationerna en särskilt stor betydelse (Hulter, 2016).

Mödrahälsovårdens och barnmorskemottagningens historia

På en barnmorskemottagning åligger det barnmorskan att arbeta med den organiserade gynekologiska cellprovskontrollen för att förebygga cervixcancer (Collberg & Ellis, 2014; Hildingsson, 2016; Socialstyrelsen, 2006) då det i Sverige är barnmorskor som är ansvariga för att ta cellprover som en del av ett screeningsprogram (Socialstyrelsen, 2006).

Det var runt år 1900 som den engelska staten började arbeta preventivt med kvinnors och barns hälsa genom information till gravida och ammande (Collberg & Ellis, 2014; Hildingsson, 2016). År 1915 startades den första mödravårdskliniken i Aberdeen och inte långt efter startade en i Malmö (Hildingsson, 2016). Det dröjde fram till i början av 1930-talet innan en statlig utredning i Sverige började utveckla målen för hälsovård under graviditet och begreppet mödravård kom till (Collberg & Ellis, 2014; Hildingsson, 2016). En graviditet innefattade då två besök, ett hos en barnmorska i tidig graviditet och ett hos en läkare i sen

graviditet. Däremellan var det flera kontroller av urinen. Både 1930 såväl som redan 1915, låg fokus på att undersöka de gravidas urin (Hildingsson, 2016) eftersom viss kunskap fanns om att förekomst av protein hade ett samband med havandeskapsförgiftning (Collberg & Ellis, 2014; Hildingsson, 2016). Sambandet var ett välkänt fenomen som kändes till redan i mitten av 1800-talet (Collberg & Ellis, 2014). Successivt infördes dock fler kontroller och undersökningar av de gravida, till exempel genom vikt- och blodtryckskontroll. 1955 kom mer detaljerade beskrivningar om hur graviditetsövervakningen skulle gå till och även om fokus främst låg på det somatiska kom även ett socialt perspektiv till, bland annat med hembesök (Hildingsson, 2016). I början av 1960-talet var verksamheten fullt utvecklad och mödravårdscentralerna fick besök av över 80 procent av de gravida i Sverige (Collberg & Ellis, 2014). 1978 blev föräldrautbildningen lagstadgad och papporna blev därmed delaktiga i mödravården på ett nytt sätt. Under 1980-talet utfördes den mesta vården av gravida av barnmorskor, men läkarbesök erbjöds också till alla kvinnor. På 1990-talet kom namnet mödravårdscentral alltmer att benämnas barnmorskemottagning (Hildingsson, 2016).

I dagens Sverige ligger de flesta mottagningar under primärvården i landstinget (Collberg & Ellis, 2014; Hildingsson, 2016) men andelen privata mottagningar ökar. Hälsovården för gravida är kostnadsfri (Hildingsson, 2016) samt frivillig och de flesta gravida besöker barnmorskemottagningen under graviditeten. På en barnmorskemottagning arbetar framförallt barnmorskor men det finns fler professioner som är knutna till mottagningen; till exempel läkare, undersköterskor och psykologer. I nära anslutning finns också arbetsterapeuter, sjukgymnaster och dietister (Collberg & Ellis, 2014; Hildingsson, 2016).

Mödrahälsovården har efter hand kommit att utvecklas till att inrikta sig på folkhälsoarbete (Collberg & Ellis, 2014). Idag innefattar barnmorskans arbete på en barnmorskemottagning många ansvarsområden varav en stor del ligger på vård under graviditet, där den gravidas och barnets hälsa kontrolleras. Information om graviditet och förlossning ges till den gravida samt till partnern, både individuellt och i föräldragrupp. Andra arbetsuppgifter är hjälp med familjeplanering, att förebygga oönskade graviditeter genom preventivmedelsrådgivning och att förebygga sexuellt överförbara sjukdomar genom smittspårning (Collberg & Ellis, 2014; Hildingsson, 2016; Socialstyrelsen, 2006). Det ingår vidare att utbilda kvinnor i reproduktiv hälsa och sexualitet (Socialstyrelsen, 2006).

Barnmorskans arbete med gynekologisk cellprovskontroll

Det är unikt för Sverige att cellprovskontrollerna utförs av en barnmorska på barnmorskemottagningarna (Socialstyrelsen, 2015) men däremot är Sverige inte ensamt om att ha nationella screeningprogram för att upptäcka cellförändringar (Cuzick et al., 2006). Samtliga kvinnor i Sverige i åldrarna 23-60 år har sedan 1990-talet fått regelbundna kallelser till cellprovskontroller enligt ett nationellt screeningprogram. Mellan 23-50 års ålder kallas kvinnorna vart tredje år och därefter vart femte år. De nationella riktlinjerna

för hur screeningprogrammet kommer att se ut är i skrivande stund under ombearbetning, både avseende vad för slags analys som ska göras beroende på kvinnans ålder och avseende frekvens efter kvinnan är 50 år fyllda. Varje kvinna kommer dock bli kallad till sammanlagt 12 provtagningstillfällen under sitt liv precis som idag (Socialstyrelsen, 2015).

Riksgenomsnittet för de kvinnor som kommer på sina kallelser i Sverige är 80% (Socialstyrelsen, 2015). Att screena kvinnor för cellförändringar utgör en viktig folkhälsoaspekt och Socialstyrelsen (2015) rekommenderar att barnmorskan i samband med cellprovskontrollerna ska ge information om syftet med samt rutinerna kring screeningen, till exempel vad för screeningintervall som gäller. Dock är tiden som är avsatt för varje kvinna under provtagningen kort (Idestrom, Milsom & Andersson-Ellstrom, 2007; Widmark, Tishelman, Lundgren, Forss, Sachs & Tornberg, 1998).

Barnmorska eller gynekolog tar cellprovet från cervixkanalen och på området runt cervixkanalens mynning, där syftet är att fånga upp avstötta celler. De avstötta cellerna blandas sedan ner i en fixeringsvätska som skickas till ett laboratorium för analys. Själva provet tas i tre delar; en del tas från bakre fornix med hjälp av en mindre spatel, en andra del tas med spatel över ektocervix. Den tredje fraktionen tas med hjälp av en borste (cytobrush) som försiktigt förs in i cervixkanalen (Andersson & Rylander, 2015).

Hittills har cellprovet analyserats med cytologi, vilket innebär att provet undersöks i mikroskop för att finna normalt eller avvikande utseende på cellerna. Nu finns ny forskning som handlar om mer effektiva testmetoder som visar på förekomst av humant papillomvirus (HPV), så kallat HPV-test (Socialstyrelsen, 2015). Det är denna nya forskning som ligger till grund till att Socialstyrelsen (2015) håller på att ändra sina rekommendationer för hur hälso- och sjukvården ska utföra screeningprogrammet till att gälla både cytologi och HPV.

De kvinnor med normala cellprov får testresultatet hemskickat i ett standardiserat brev medan de kvinnor med någon form av cellförändring får en kallelse till en gynekologisk mottagning för vidare åtgärd (Lundgren, Tishelman, Widmark, Forss, Sachs, & Tornberg, 2000; Regionalt cancercentrum väst, Västra götlandsregionen & Region Halland, 2016). Barnmorskan på barnmorskemottagningen har inget vidare ansvar, eller kontakt med, kvinnan under uppföljande bedömning eller behandling (Lundgren et al., 2000).

Cervixcancer

De gynekologiska cellprovskontrollerna syftar till att upptäcka cellförändringar som kan leda till cervixcancer, vilket globalt är den tredje vanligaste cancerformen som drabbar kvinnor (Dahm-Kähler, 2015; Engholm et al., 2010). I Sverige har det skett en dramatiskt minskad förekomst av cervixcancer sedan gynekologiska cellprovskontroller infördes på 1960-talet

(Dahm-Kähler, 2015; Gustafsson, Pontén, Zack & Adami, 1997; Socialstyrelsen, 2015) och cervixcancer är nu den femtonde vanligaste cancerformen bland kvinnor (Dahm-Kähler, 2015). 450 nya fall av cervixcancer rapporteras årligen i Sverige (Engholm et al., 2010; Socialstyrelsen, 2015) och uppskattningsvis undviks cirka 1500 fall av cervixcancer per år till följd av screeningen (Socialstyrelsen, 2015).

De cellförändringar som innebär en ökad risk för att utveckla cancer kallas dysplasi eller cervikal intraepitelial neoplasi (CIN) och graderas in i CIN 1, 2 och 3 utefter svårighetsgrad (Socialstyrelsen, 2015). Den vanligaste formen av cervixcancer beror på dysplasi i skivepitelcellerna (75-85%) medan den näst vanligaste cancerformen är adenocarcinom (10-20%). Den senare cancerformen ökar (Dahm-Kähler, 2015; Du, Näsman, Carlson, Ramqvist & Dalianis, 2011). Adenocarcinom har inte samma förstadier som skivepitelcancer och fångas därmed inte lika lätt med nuvarande analys med cytologi utan hittas bättre med HPV-test (Socialstyrelsen, 2015).

Målet med cellprovskontrollerna är att i ett så tidigt stadium som möjligt upptäcka markörer för att utveckla cervixcancer, förstadier till cervixcancer eller redan utvecklad cervixcancer. Cervixcancer är en dödlig sjukdom om den inte detekteras och behandlas i tid. Ju fler förstadier som upptäcks, desto färre kvinnor insjuknar i sjukdomen (Socialstyrelsen, 2015). Risken att dö till följd av cervixcancer har emellertid minskat under senare år tack vare att allt fler förstadier upptäcks tidigt i och med cellprovskontrollerna (Andrae et al., 2012; Dahm-Kähler, 2015). Enligt Andrae et al. (2012) ökar kvinnors chans att bli friska från invasiv cervixcancer med 92 % om kvinnorna gått på samtliga cellprovskontroller. Den grupp kvinnor som går på sina planerade cellprovskontroller har en statistiskt säkerställd ökad chans att bli friska från en eventuell cervixcancer, jämfört med de kvinnor som uteblir från cellprovskontrollerna. Cellprovskontrollerna har alltså ett starkt samband med en ökad chans till att bli botad från sin cervixcancer (Andrae et al., 2012). Det tar lång tid för cervixcancer att utvecklas. Det brukar ta cirka tio år att utveckla den höggradiga dysplasien, CIN 3, till cancer (Socialstyrelsen, 2015).

Om dysplasier upptäcks, så utförs vanligen en kolposkopi och ibland tas även biopsier från cervix. Om svaret visar på en allvarligare förändring görs konisering med hjälp av kniv, slynga eller frysning. Konisering innebär att slemhinna och en del underliggande vävnad tas bort (Socialstyrelsen, 2015).

Humant papillomvirus

Eftersom den dominerande orsaken till cellförändringar hos kvinnor är förekomst av HPV (Andersson & Rylander, 2015; Bosch, Lorincz, Munoz, Meijer & Shah, 2002; Socialstyrelsen, 2015) är det av stor vikt att kvinnor går på sina cellprovskontroller (Anderson & Rylander, 2015; Henderson, Clements, Damery, Wilkinson, Austoker & Wilson,

2011). HPV är ett sexuellt överförbart vårtvirus och ungefär 10 % av alla kvinnor kommer någon gång under sitt liv bära på någon form av HPV-infektion. Ungefär 83-99,7% av alla cervixcancerfall har rapporterats involvera en HPV-infektion (Castellsague, de Sanjose, Aguado, Louie, Bruni & Munoz, 2007) och den vanligaste orsaken till cervixcancer är persisterande infektion med onkogen humant papillomvirus (Andersson & Rylander, 2015; Schiffman, Castle, Jeronimo, Rodriguez & Wacholder, 2007). Det är emellertid viktigt att påpeka att förekomst av HPV oftast inte är tillräckligt för att utveckla cervixcancer. Andra faktorer samvarierar troligen så som exempelvis tidig sexdebut, multipara, rökning, nedsatt immunförsvar med mera (Andersson & Rylander, 2015).

Det finns många typer av HPV varav 15 stycken anses vara onkogen. De mest onkogen HPV-infektionerna är HPV 16 och 18 och dessa påträffas hos cirka 70 % av de kvinnor som har cervixcancer världen över (Bosch et al., 2008). Utöver HPV 16 och 18 finns fler HPV-infektioner som klassas som högrisk: 31, 33, 45, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 och 82. HPV 6 och 11 utgör den infektion som kan orsaka genitala vårtor men klassas som lågrisk då de ej anses vara onkogen (Andersson & Rylander, 2015).

Eftersom en HPV-infektion i princip är en förutsättning för att en kvinna skall utveckla cervixcancer, är ett av de viktigaste vapnen mot cervixcancer, ett förebyggande av HPV-infektioner bland annat genom vaccinering. Dessvärre kommer inte vaccineringen skydda alla mot HPV varför det är av största vikt att fånga upp de kvinnor som befinner sig i riskzonen för att utveckla cervixcancer (Andersson & Rylander, 2015). Många blir smittade med HPV kort efter samlagsdebuten (Collins, Mazloomzadeh, Winter, Blomfield, Bailey, Young & Woodman, 2002) och tonåringar som är sexuellt aktiva har särskilt hög förekomst av infektionen (Moscicki, 2007). I många länder är förekomsten av HPV som högst hos kvinnor innan de fyllt 25 år (Franceschi et al., 2006).

Idag finns två typer av vaccin som skyddar mot vissa former av HPV. Gardasil (MERCK) skyddar mot HPV 16 och 18 samt HPV 6 och 11, medan Cervarix (GSK) endast ger skydd mot HPV 16 och 18 (Du et al., 2011). Baserat på underlag från Folkhälsomyndigheten (u.å.) beslutar regeringen om vilka vaccinationer som skall ingå i de nationella vaccinationsprogrammen. Idag ingår Gardasil i det allmänna vaccinationsprogrammet i Sverige (Folkhälsomyndigheten, u.å.; Janusinfo, u.å.) och sedan hösten 2010 (Ramqvist et al., 2010) erbjuds alla flickor i åldrarna 10-12 år vaccination (Folkhälsomyndigheten, u.å.). Det är emellertid fortfarande av stor vikt att kvinnor fortsätter att gå på sina cellprovskontroller då vaccinationen ej ger ett fullgott skydd mot cervixcancer (Anderson & Rylander, 2015; Henderson, Clements, Damery, Wilkinson, Austoker & Wilson, 2011).

Enligt Henderson et al. (2011) finns det en utbredd okunskap bland ungdomar och deras föräldrar gällande HPV-vaccinationen. Många förefaller tro att vaccinationen ger ett fullgott skydd mot cervixcancer och att de som vaccinerat sig inte behöver gå på cellprovskontroller i framtiden (Brotherton & Mullins, 2012; Henderson et al., 2011). Henderson et al. (2011)

understryker därför vikten av att de personer som erhåller vaccinationen också måste få noggrann information. Liknande resonemang återfinns hos Brotherton och Mullins (2012) som också belyser problematiken kring kunskapsluckor gällande HPV-vaccinationernas begränsningar. Tilläggas skall emellertid att andra studier visar på ett motsatt fenomen, nämligen att de kvinnor som vaccinerat sig mot HPV ofta upplever risken för att drabbas av cervixcancer som större än vad den är. Kvinnorna har därför har en hög motivation till att fullfölja de planerade cellprovskontrollerna (Beer, Hibbitts, Brophy, Rahman, Waller & Paranjothy, 2014; Hestbech, Gyrd-Hansen, Kragstrup, Siersma & Brodersen, 2016).

Intressant är också att klasstillhörighet verkar ha betydelse för huruvida kvinnor väljer att vaccinera sig mot HPV samt huruvida de deltar på cellprovskontroller eller ej i Storbritannien (Beer et al., 2014). Enligt Beer et al. (2014) tenderar kvinnor som lever i socioekonomiskt utsatta områden att vaccinera sig i lägre grad än de som lever i mer resursstarka områden, detsamma gäller deltagandet i cellprovskontrollerna.

Teoretisk referensram

Holism

Enligt Medin och Alexandersson (2000) betonas inom holismen att människan är en helhet, och i och med det mer än summan av sina delar. Människan är därmed inte reducerad till att vara en kroppsdel, en sjukdom eller ett tillstånd. Traditionellt har naturvetenskapen och biomedicinen haft ett reduktionistiskt sätt att se på patienten och människan, vilket blir tydligt då en har fokuserat på en kroppsdel i taget utan att se till hela människan och individen. Följden av detta blir att patienten på så vis, i vårdarens ögon, mer eller mindre är sin sjukdom och reduceras från att vara subjekt till att bli ett objekt. Att ett reduktionistiskt förhållningssätt är problematiskt blir extra tydligt i de fall som multisjuka patienter bollas mellan olika vårdinstanser och specialister. Ingen vårdgivare ser helheten utan bara den specifika kroppsdel som de ansvarar för och som är sjuk (Medin & Alexandersson, 2000). Sett utifrån ett holistiskt förhållningssätt måste en, enligt Tamm (2012), se till hela människan och dennas kontext. Härav följer att alla personer har en unik historia, har präglats av en specifik kultur och samhällsklass och har en unik personlighet. Mot den bakgrunden blir det tydligt att alla dessa faktorer påverkar individen. Människan är med andra ord mer än summan av sina delar men delarna måste förstås utifrån sin speciella och unika kontext (Tamm, 2012). Vidare ses människan, inom holismen, som ett handlande subjekt som innehar en egen fri vilja. Hennes liv är inte determinerat eller förutbestämt men påverkas och är beroende av den omgivning hon lever och växer upp i (Medin & Alexandersson, 2000).

Hälsa definieras inom holismen av individens brist eller förmåga till handling, det vill säga att hälsa inte nödvändigtvis behöver innebära frånvaro av sjukdom. Istället anses en person ha hälsa om hon har förmåga att förverkliga sina vitala mål (utan att driva det in absurdum) utifrån hennes unika förutsättningar och kontext. I det holistiska perspektivet framhävs kort

sagt mål och handlingsförmåga utifrån det individen själv vill kunna åstadkomma inom realistiska ramar (Medin & Alexandersson, 2000). Enligt Medin och Alexandersson (2000) är hela individen viktig, det gäller såväl de fysiska som de psykiska komponenterna.

Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) pekar på förmågan att tillhandahålla individualiserad vård utgör kärnpunkten i vårdarens, och i detta fall, barnmorskans profession. För att skapa en god relation mellan patient och barnmorska behöver barnmorskan inneha kompetens samt kunna uppvisa omtanke om patienten som en individ. På så vis skapas tillit mellan patient och barnmorska (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Haboubi och Lincoln (2003) och Gott, Galena, Hinchliff och Elford (2004) menar att sjukvårdspersonal och barnmorskor å ena sidan själva upplevde frågor som rörde den sexuella hälsan som viktig ur ett holistiskt perspektiv men att de å andra sidan saknade medel, tid och kunskap för att lyfta denna typ av frågeställningar med patienten. I en studie av Widmark et al. (1998) uttryckte barnmorskorna en önskan om att kunna ge vård som utgick från individen i ett livscykelperspektiv, då de träffade kvinnor i olika situationer och skeenden i livet. Barnmorskorna ansåg vidare att de hade en nyckelroll gällande kvinnors hälsa. Cellprovskontrollen utgjorde en värdefull möjlighet att nå ut till många kvinnor, även de som annars inte besökte barnmorskemottagningar (Widmark et al., 1998). Enligt Wendt, Marklund, Lidell, Hildingh och Westerståhl (2011b) ansåg personalen under en gynekologisk undersökning att det var viktigt att vara respektfull, öppen och lyhörd samt att se kvinnorna som enskilda individer.

Vårdrelationen

Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2002) menar att målet för vårdandet inte bara är att förhindra eller lindra lidande utan också att främja välbefinnande. I en studie av Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) framkommer det att en professionell vård bidrar till att patienter upplever en större trygghet och en ökad självkänsla. Enligt Dahlberg et al. (2002) har vårdgivarens kommunikationsförmåga och kompetens en avgörande betydelse för att vården skall upplevas som professionell. Ytterligare en förutsättning för att möjliggöra en god omvårdnad är att en vårdrelation skapats, som respekterar patientens livsvärldsperspektiv samt hans eller hennes subjektiva upplevelse av sitt själv. Detta är själva fundamentet för att en mellanmänsklig relation mellan vårdare och patient skall kunna etableras. Vårdrelationen präglas vidare av ett förhållande där vårdgivaren inte räknar med att få ut något i egen vinning och på detta sätt präglas vårdrelationen av en professionalitet. Det finns dock hinder för vårdaren att skapa en genuint vårdande relation med patienten, ett exempel på ett sådant hinder är tidsbrist (Dahlberg et al., 2002). Den som utövar vården kan uppleva tidsbristen som djupt problematisk fortsätter Dahlberg et al. (2002). Liknande resonemang återfinns i Widmark et al.'s forskning (1998), där barnmorskor påpekade att tidsbrist och stress under cellprovskontrollen utgjorde en kraftigt negativ faktor som hade till följd att de ej kunde tillhandahålla en vård som de ansåg höll en tillräckligt god kvalitet. Wendt (2009) å sin sida menar att patienter som upplevde att läkare och barnmorskor tog sig tid för dem också upplevde sig respekterade av vårdgivarna i högre grad. Omvänt upplevdes den vårdpersonal som var stressad också som respektlös (Wendt, 2009). Dahlberg et al. (2002) påpekar

emellertid att det är viktigt att komma ihåg att det alltid är vårdaren som ansvarar för vårdrelationen även om relationen mellan patient och vårdgivare är reciprok.

Tidigare forskning

För att få en bild av kvinnors behov av att utöka cellprovskontrollen till att även innefatta möjligheten att ta upp frågor rörande sexuell och reproduktiv hälsa söktes artiklar via databaserna CINAHL, PubMed och PsycINFO. Artiklar söktes också vidare via artiklarnas referenslistor. De artiklar som behandlade barnmorskors och kvinnors upplevelse av cellprovskontroller och de artiklar som pekade på ett behov av att möta en barnmorska i ett livscykelperspektiv (inte under graviditet) lästes i sin helhet.

Cellprovskontrollen och mötet med barnmorskan

Tidigare forskning i Sverige visar att barnmorskor upplevde kunskapsluckor gällande gynekologisk cancer (Idestrom et al., 2007; Lundgren et al., 2000; Widmark et al., 1998) trots att de var utbildade i både obstetrik och gynekologi. Många barnmorskor hade genomgått sin utbildning för länge sedan, vilket innebar att deras kunskap om gynekologisk cancer inte var uppdaterad. Barnmorskorna upplevde bristen på information och vidareutbildning i ämnet som ett problem och en barnmorska uttryckte att ökad kunskap troligen hade gjort arbetet med cellprovtagningen roligare (Lundgren et al., 2000). Även Idestrom et al. (2007) drar slutsatsen att organisationen som sådan behöver förbättras samt att vidareutbildning för personalen, med tillgång till aktuell forskning, bör erbjudas. Icke desto mindre så utbildades kvinnorna generellt om cancerprevention även om barnmorskorna led av kunskapsbrist (Lundgren et al., 2000). Fyra av fem barnmorskor ansåg att de hade den kunskap som behövdes för att kunna genomföra cellprovet och nästan alla barnmorskor såg sig själva som de huvudsakliga informatörerna kring cellförändringar och screeningsprogrammet. Emellertid saknade barnmorskorna en struktur för att ge information, delvis på grund av otydliga rutiner och tidsbrist. Vidare så upplevde barnmorskorna att kvinnorna i sin tur också hade en kunskapsbrist gällande cellförändringar då många av kvinnorna förväxlade det med cervixcancer (Idestrom et al., 2007). Både i studien av Lundgren et al. (2000) och Widmark et al. (1998) framkommer det att barnmorskorna upplevde det som betungade att inte få möjlighet att följa upp kvinnorna eller resultaten på cellproven.

Barnmorskors upplevelse av cellprovskontrollen har undersökts i enstaka svenska studier. I en intervjustudie av Widmark et al. (1998) framkommer att barnmorskorna ansåg sig ha en nyckelroll gällande kvinnors hälsa mot bakgrund av att de i sin profession träffade kvinnor i olika situationer och skeenden i livet. Barnmorskorna i studien uttryckte en önskan om att tillhandahålla vård som utgick från individen i ett livscykelperspektiv. Vidare poängterade barnmorskorna att de ansåg att cellprovskontrollen utgjorde en värdefull möjlighet att nå ut till många kvinnor, även de som annars inte besökte barnmorskemottagningar (Widmark et

al., 1998). Ett sätt att arbeta hälsofrämjande med enkla medel var att i samband med cellprovskontrollen lyfta frågor som berörde kvinnors hälsa och att samtidigt erbjuda information. En del av barnmorskorna ansåg därför att möjligheten att ge råd och information var en av styrkorna med själva cellprovskontrollen. Vissa barnmorskor passade på att ge de kvinnor som screenades för cellförändringar information om exempelvis klimakteriebesvär, preventivmedel och STI med mera (Widmark et al., 1998). Även Ideström et al. (2007) menar att fyra av fem barnmorskor försökte och ville engagera sig i att ge råd, utbildning och information i dessa ämnen under själva cellprovskontrollen. Barnmorskorna tyckte vidare att samtal om livsstil och egenvård var viktigt (Ideström et al., 2007). I en intervjustudie av Lundgren et al. (2000) framkommer exempelvis att en barnmorska kunde ge så pass generella råd som risker med rökning. Ytterligare en barnmorska hade för vana att prata om vikten av kondom och att inte ha för många sexualpartners. Barnmorskan ansåg sig därmed arbeta preventivt genom att informera om de livsstilsfaktorer som kunde öka risken för cellförändringar (Lundgren et al., 2000). Fler exempel på hälsopromotion var att en av barnmorskorna hade som rutin att alltid informera kvinnor om hur de undersöker sina bröst (Widmark et al., 1998) och en annan barnmorska kunde själv palpera kvinnans bröst (Lundgren et al., 2000).

I studierna av Ideström et al. (2007) och Widmark et al. (1998) framkommer det att kvinnor själva hade frågor som de ställde under cellprovskontrollen. Frågorna gällde inte enbart själva cellprovet utan också andra gynekologiska spørsmål. Frågorna ändrade även karaktär beroende på i vilket skede i livet kvinnorna befann sig (Ideström et al., 2007; Widmark et al., 1998). Ideström et al. (2007) beskriver att den allra vanligaste frågan i ålderskategorin 20-39 år handlade om preventivmedel, följt av frågor om underlivet ("genital complaints") samt könssjukdomar. I åldersgruppen 40-59 år var frågor kring klimakteriet klart dominerande, följt av frågor kring underlivet och egenundersökning av bröstet (Ideström et al., 2007).

Ideström et al. (2007) visar på att barnmorskorna var mer eller mindre nöjda med organisationen kring cellprovskontrollen. Cirka en tredjedel hade önskat att det fanns mer tid avsatt för varje kvinna och uttryckte att de skulle vilja slippa det löpande-band-mässiga utförandet. Åtta procent var helt missnöjda med upplägget kring cellprovskontrollen på grund av samma anledning (Ideström et al., 2007). Även Widmark et al. (1998) lyfter fram att barnmorskorna upplevde tidsbristen under cellprovskontrollen som negativ. Dessa barnmorskor upplevde att bristen på tid omöjliggjorde eller försvårade för dem att tillhandahålla en vård som stämde överens med deras egen vårdideologi och den vård de ville ge (Widmark et al., 1998). Nästan alla barnmorskor (90%) hade mindre än tio minuter att tillgå för varje patient (Ideström et al., 2007; Widmark et al., 1998). Eftersom tidsbristen ofta upplevdes som en stressande faktor när frågor kom upp från patienterna valde en del av de intervjuade barnmorskorna att boka in kvinnorna på nya tider (Widmark et al., 1998).

Kvinnors behov av att möta en barnmorska i ett livscykelperspektiv

Vilka möjligheter finns för att prata med kvinnor om sexuell hälsa? Flera studier ämnar svara på den frågan. I en kvalitativ intervjustudie med barnmorskor, gynekologer och allmänläkare i Sverige undersöktes om den sexuella hälsan hos unga kvinnor kunde förbättras genom att skapa dialog med kvinnorna om sexualitet och sexuellt utnyttjande (Wendt et al., 2011b). Enligt Wendt et al. (2011b) såg både läkare och barnmorskor den gynekologiska undersökningen som en ingång till att prata om sexualitet och en möjlighet att utbilda kvinnorna kring sexuella frågor. Haboubi och Lincoln (2003) undersökte i en brittisk studie huruvida vårdpersonal (sjuksköterskor, läkare, fysio- och arbetsterapeuter) kunde förbättra den sexuella hälsan genom att initiera dialog. Haboubi och Lincoln (2003) menar att sjukvårdspersonal upplevde frågor som rörde den sexuella hälsan som viktiga. I en annan studie av Wendt, Lidell, Westerståhl, Marklund och Hildingh (2011a) där unga kvinnors inställning till att få frågor av barnmorskor eller läkare gällande sexualitet och sexuella övergrepp undersöktes, framkommer det som naturligt och relevant att få dessa frågor i samband med en gynekologisk undersökning som redan i sig är en intim situation.

Vid exempelvis cellprovskontroller, där både barnmorskorna och kvinnorna var medvetna om att det fanns en tidsbrist, prioriterades samtal om sexualitet bort från båda håll. Tidsbristen gjorde att barnmorskorna undvek att ställa frågor även om de visste att många kvinnor ville ha frågor. Barnmorskorna överlät till kvinnorna att fråga om de ville något och agerade främst om de fick en intuition (Wendt et al., 2011b). Men Wendt et al. (2011b) belyser också att personalen under en gynekologisk undersökning ansåg att dialogen kunde ledas framåt genom att olika ämnen som kom upp var relaterade till varandra. Exempelvis kunde samtal om kvinnornas livssituation leda vidare till samtal om eventuella partners, STI och behov av antikonception. Om kvinnorna reagerade under den gynekologiska undersökningen eller beskrev symtom av en speciell karaktär, kunde det tala för att kvinnorna hade sexuella problem eller varit med om sexuella övergrepp. Både Paparahitou, Nakopoulou, Kirana, Iraklidou, Athanasiadis och Hatzichristou (2005) och Wendt et al. (2011a) menar att kvinnor generellt drog sig för att ta upp frågor som rörde deras sexuella hälsa i möten med vårdpersonal om de inte först blev tillfrågade. Genom att barnmorskorna eller läkarna ställde frågor, så upplevde kvinnorna att de visade på en villighet att diskutera sexualitet (Wendt et al., 2011a). Personalen var dock orolig för att frågor till kvinnorna kunde vara alltför personliga och inte tillräckligt professionella (Wendt et al., 2011b). En majoritet av kvinnorna menade ändå att sexualitet var en del av livet och att få frågor om detta var viktigt och till och med naturligt (Wendt et al., 2011a).

Vidare så framkommer det i en grekisk studie, att det var tydligt att behovet av att prata om sexualitet inte var obefintligt hos kvinnor. Forskarna skattade kvinnors hjälpsökande beteende ("help-seeking behavior") när det kom till deras sexuella problem via en stödtelefon-linje. Studien visar att en fjärdedel av kvinnorna hade svårt för att få orgasm, en femtedel upplevde en nedsatt sexuell lust och sex procent led av dyspareuni (Paparaitou et al., 2005). Ytterligare en studie utförd i England, där både läkare och patienter ingick, visade att

nästintill hälften av de tillfrågade kvinnorna upplevde sig ha någon form av sexuella problem (Read, King & Watson, 1997). Majoriteten av kvinnorna hade emellertid inte sökt läkare för sina besvär (Paparahitou et al., 2005; Read, King & Watson, 1997). Samtidigt noterades det att frekvensen av sexuella problem hos kvinnor ökade i åldersgruppen 40-49 år (Paparahitou et al., 2005). En kohortstudie som ämnade undersöka hur kvinnors sexualitet förändrades under övergångsåldern visade att vaginal- eller bäckensmärta ökade och lusten minskade successivt. Torra slemhinnor var ett problem i och med att det orsakade smärta, minskade upphetsning och försvårade fysisk njutning (Avis et al., 2009). Enligt Berterö (2003) har kvinnor i menopaus kunskapsluckor gällande hur de kunde minska eller förebygga sina klimakteriebesvär. Berterö (2003) tillägger att de kvinnor som hade gått till läkare för att få hjälp med sina besvär upplevde att de inte tagits på allvar eller fått den hjälp de eftersökt. Mot den bakgrunden skulle menopausala kvinnor ha en god vinst av mötet med barnmorskor, exempelvis genom sina cellprovskontroller, för att tillhandahålla information och behandling avseende klimakteriebesvär (Berterö, 2003).

Under en gynekologisk undersökning ansåg personalen att det var viktigt att vara respektfull, öppen och lyhörd samt att se kvinnorna som enskilda individer. Genom att använda ett avslappnat språk och neutrala ord kunde de göra laddade ämnen mindre dramatiska (Wendt et al., 2011b). Utifrån kvinnornas perspektiv upplevde de barnmorskor och läkare som pålitliga på grund av deras professionella bemötande. Kvinnorna ansåg vidare att de kunde lita på personalen och detta var relaterat till personalens kunskap inom området och vana att hantera frågor kring sexualitet (Wendt et al., 2011a).

Enligt Wendt et al. (2011b) framhöll personalen det som viktigt att ha tillräckligt med tid för mötet med kvinnorna samt att ha ett nätverk med andra professionella som de kunde rådfråga eller hänvisa till vid behov. En likartad uppfattning fanns hos kvinnorna som kände sig trygga med att bli hänvisade till andra ställen om de behövde mer hjälp (Wendt et al., 2011a).

Brist på kunskap, brist på tid och riktlinjer relaterat till organisationen som sådan, gjorde att personalen ibland kunde undvika att lyfta frågor om sexuella ämnen (Gott et al., 2004; Haboubi & Lincoln, 2003; Wendt et al., 2011b). För att kunna skapa möjligheter till dialog behövdes arbetsgivarens stöd; det vill säga vidareutbildning av personalen, rätt verktyg, tillräckligt med tid, tydliga riktlinjer, kontinuitet och en avslappnad miljö. Ju mer erfarenhet personalen fick parallellt med vidareutbildning, desto lättare kunde de relatera till kvinnorna och att ställa frågor. Arbetsverktyg som kunde underlätta var dataformulerade patientenkäter, checklistor och screeninginstrument. Färdiga öppna frågor sågs som positivt. Personalen ansåg sig behöva handledning både för att kunna bearbeta och hantera sina egna och kvinnornas reaktioner (Wendt et al., 2011b).

Att kunna skapa en dialog sågs som ett sätt att stärka kvinnor, närmare bestämt genom att uppmuntra sexualiteten och göra dem stolta över sin sexualitet och sin kropp. Framkom det sexuella problem, som till exempel nedsatt lust, var det viktigt att följa upp det och därmed

försöka få kvinnorna att hitta tillbaka till lusten (Wendt et al., 2011b). Sammanfattningsvis är, som tidigare nämnts, dialog och kommunikation ett viktigt redskap för att främja kvinnors sexuella hälsa och enligt Wendt (2009) är det önskvärt att barnmorskor och läkare initierar dessa dialoger.

Problemformulering

Det finns några studier om barnmorskors upplevelse av cellprovskontrollen som visar på en kunskapsbrist samt organisatoriska problem i form av tidsbrist. Vidare visar några studier från Sverige att barnmorskor upplever att kvinnor har ett behov av att ställa frågor till och få frågor av barnmorskan i samband med cellprovskontrollen. Studierna visar också att barnmorskorna tar upp frågor med kvinnorna. Att kvinnor får en möjlighet att ställa frågor om sexuell hälsa till vårdpersonal i samband med andra vårdkontakter finns beskrivet i några studier från olika länder. Däremot har ingen studie påträffats som belyser kvinnors upplevelse och behov av att utöka cellprovskontrollen till att även innefatta möjligheten att ta upp frågor rörande sexuell och reproduktiv hälsa.

Barnmorskan har en nyckelroll gällande kvinnors hälsa i och med sin breda kompetens, som sträcker sig från den unga kvinnans menarche till den äldre kvinnans menopaus (Socialstyrelsen, 2006). Cellprovskontrollen möjliggör ett möte mellan kvinnor och barnmorskor, även under de delar av kvinnornas liv som inte innefattar en graviditet. Enligt Dahm-Kähler (2015) så har förekomsten av cervixcancer sjunkit kraftigt sedan screeningprogrammet infördes. Screeningen innebär således både en stor vinst för folkhälsan såväl som för den enskilda kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa. Finns det hos kvinnor ett behov av att utnyttja mötet vid cellprovskontrollen till att vårda andra delar som berör den sexuella och reproduktiva hälsan? Påverkar den korta tidsåtgången under cellprovskontrollen vårdrelationen negativt och utgör den ett hinder för kommunikation?

Syfte

Syftet med studien var att utforska kvinnors behov av att utöka cellprovskontrollen till att även innefatta möjligheten att ta upp frågor rörande sexuell och reproduktiv hälsa.

Metod

För att analysera resultatet användes en induktiv innehållsanalys med kvalitativ ansats. Eftersom syftet var att belysa olika upplevelser, ansågs metoden kvalitativ innehållsanalys vara lämplig då den enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) har fokus på att beskriva variationer genom att identifiera likheter och skillnader i en text.

Den vetenskapliga metoden innehållsanalys utvecklades för att kunna hantera stora datamängder och kan användas med kvantitativ eller kvalitativ ansats. Den kvalitativa ansatsen används för att tolka texter och omvårdnadsforskning använder sig ofta av en kvalitativ innehållsanalys för att kunna tolka den transkriberade texten efter intervjuer. Vidare kan innehållsanalysen vara induktiv eller deduktiv. Att analysen är induktiv innebär en förutsättningslös tolkning av människors berättelser om sina upplevelser (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

I den kvalitativa innehållsanalysen uttrycks skillnaderna och likheterna i textinnehållet i kategorier och teman. I varje text finns ett manifest innehåll vilket handlar om det textnära och uppenbara. Tillika finns ett latent budskap, vilket i sin tur handlar om det underliggande budskapet, alltså det som sägs mellan raderna (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Resultatets giltighet påverkas av val av deltagare och i en kvalitativ innehållsanalys, där variationer ämnar studeras, spelar olika kön, åldrar och antal deltagare in. Ju fler variationer i urvalet, desto större möjlighet att få området belyst utifrån olika erfarenheter. Genom en noggrann beskrivning av urval och analysarbete kan läsaren bedöma resultatets giltighet, och giltigheten kan ytterligare förstärkas genom att presentera citat från intervjuerna. För att stärka resultatets tillförlitlighet behövs också en noggrann beskrivning av analysarbetet. Resultatets tillförlitlighet stärks genom att forskaren verifierar sina ställningstaganden under forskningsprocessen, till exempel genom att fler än en forskare läser igenom intervjuerna och genomför delar av analysen tillsammans. Resultatets överförbarhet handlar om huruvida resultatet kan överföras till andra situationer eller grupper. Det är läsaren som avgör om resultatet är överförbart till en annan kontext, och för att underlätta den bedömningen bör urval, deltagare, datainsamling, analys och de omständigheter som utgör kontext för studien finnas väl beskrivet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Urval

Urvalet utgjordes av de kvinnor som satt i väntrummet på en barnmorskemottagning i Västsverige, efter att ha fått en kallelse till cellprovskontroll, under två dagar i november

2016. Populationen bestod av kvinnor i åldrarna 23-60 år som ingick i screeningprogrammet. Kriteriet för att inkluderas var att kunna behärska det svenska språket.

Kvinnorna fick en kort muntlig information samt skriftlig information (se bilaga 1) om intervjustudien i väntrummet. Sedan visades kvinnorna det rum där intervjuerna befann sig och erbjöds i samband med detta att komma in efter deras cellprovskontroll var utförd för att delta i studien.

De kvinnor som deltog i studien kom själva in till det rum där intervjun skulle ske. Totalt tretton kvinnor valde att delta. Det blev en slumpmässigt jämn spridning mellan åldrarna 24-59 år.

Datainsamling

Inför utförandet av intervjuerna kontaktades vårdenhetschefen på barnmorskemottagningen via e-post. Bifogat i denna e-postkorrespondens fanns kort information om hur intervjun planerades att gå till väga samt forskningspersonsinformation (FPI) (se bilaga 1). Förfrågan om att utföra studien gick genom mödrahälsovårdsöverläkaren som efter viss revidering av FPI godkände genomförandet av studien. Barnmorskorna på mottagningen informerades också de per e-post. I samråd med verksamhetschefen förlades intervjuerna till två dagar då cellprovskontroller utfördes enligt screeningprogrammet.

I den skriftliga informationen som delades ut till kvinnorna fick de besked om att deltagandet var anonymt, frivilligt och att uppgifter som framkom endast skulle användas i forskningssyfte. Kvinnorna fick möjlighet att ställa ytterligare frågor om studien innan intervjuerna inleddes. Datainsamlingen gjordes via individuella intervjuer. Det var två intervjuare som fördelade arbetet på så sätt att den ena intervjuaren ställde alla frågorna och drev intervjun framåt, medan den andra intervjuaren ställde följdfrågor vid oklarheter och svarade för inspelningsapparaturen. Intervjuerna började med en öppen fråga som ingångsfråga och därefter följdfrågor. Intervjupersonerna fick tala fritt om sina upplevelser relaterade till studiens syfte. Korta klargörande eller bekräftande frågor ställdes vid behov. Frågorna var:

- Hur upplevde du mötet med barnmorskan idag?
- Pratade du och barnmorskan om någonting som inte direkt rörde cellprovet?
- Om ja, i så fall vad?
- Hade du några andra frågor du velat ta upp med barnmorskan?
- Om ja, i så fall vad?
- Har du nyligen haft kontakt med barnmorska (utöver cellprovtagning)?
- Din ålder?

Intervjun spelades in digitalt. Tidsåtgången per intervju var fem till femton minuter. De inspelade intervjuerna transkriberades ord för ord inför analysen.

Dataanalys

Svaren på den öppna frågan och följdfrågorna analyserades utifrån hur analysprocessen i kvalitativ innehållsanalys kan gå till enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012).

Analysen utgick från de centrala begrepp vilka används vid en kvalitativ innehållsanalys (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Det som utgjorde analysenheten var intervjuerna, eftersom Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar att samtliga intervjuer i en analys kan utgöra analysenheten. Analysen inleddes med genomläsning av den transkriberade texten som en helhet flera gånger, såsom det beskrivs i Lundman och Hällgren Graneheim (2012). Eftersom studien handlade om kvinnors behov av att utöka cellprovskontrollen till att även innefatta möjligheten att ta upp frågor rörande sexuell och reproduktiv hälsa, delades de delar av texten som var riktade åt syftet in i domäner enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012). Domänerna var *att ha behov av utökad cellprovskontroll* samt *att inte ha behov av utökad cellprovskontroll* och därmed skapades en första struktur inför analysen.

Den meningsbärande delen av en text kallas meningsenhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012) och genom att texten lästes igenom enskilt och gemensamt kunde meningsenheterna i materialet identifieras. Meningsenheterna kondenserades, abstraherades och kodades enligt beskrivning i Lundman och Hällgren Graneheim (2012).

Kondenseringen och kodningen gjordes gemensamt i en ständig pågående dialog för att innehållet skulle tolkas gemensamt och för att förstärka förvissningen om att textens innehåll, meningsenheter och koder stämde överens. Koderna i sin tur delades in i underkategorier och kategorier efter liknande innehåll (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Analysen rörde sig hela tiden mellan originaltexten och de olika uppdelningarna för att säkerställa att inget viktigt gick om miste eller lades till fel. För exempel på analysens gång hänvisas till bilaga 2.

Det manifesta innehållet i texten uttrycktes på en beskrivande nivå i form av kategorier enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012).

Forskningsetiska överväganden

För att ett samhälle och dess individer ska utvecklas behövs forskning. Enligt de forskningsetiska principerna i humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet, u.å.) ställer samhället krav på att forskning bedrivs med hög kvalitet och inriktat på väsentliga frågor och vidare att tillgänglig kunskap utvecklas, fördjupas och

metoder förbättras. Detta krav kallas forskningskravet. Samhällets individer har också ett krav på att skyddas mot olämplig insyn i till exempel deras livsförhållanden och att ingen får utsättas för förödmjukelse, kränkningar eller fysisk och psykisk skada. Detta krav kallas individskyddskravet och är utgångspunkten för överväganden gällande forskningsetik (Vetenskapsrådet, u.å.).

Inför att en vetenskaplig forskningsstudie skall äga rum, krävs det en noga avvägning mellan nyttan av forskningsresultatet kontra risken för negativa konsekvenser för berörda deltagare i processen. De forskningsetiska principerna har till syfte att ge vägledning för förhållandet mellan forskare och undersökningsdeltagare eller uppgiftslämnare. Dessa principer utgör också vägledning för etikkommitténs granskning av forskningsprojekt (Vetenskapsrådet, u.å.).

Individskyddskravet kan delas in i fyra huvudkrav som ställs på forskningen. Huvudkraven kallas informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, u.å.).

Informationskravet innebär delvis att de som blir berörda av forskningen skall informeras om den aktuella forskningens syfte och genomförande, samt erhålla information om frivillighet och att de har rätt att avbryta sin medverkan. Samtyckeskravet betyder att deltagarna i en undersökning själva har rätt att bestämma över sin medverkan och detta gäller framförallt i undersökningar med aktivt deltagande. Samtycke behöver ej efterfrågas om uppgifterna om deltagarna tas från redan existerande register eller liknande. Konfidentialitetskravet handlar om att samtliga personliga uppgifter i en undersökning skall ges konfidentialitet och att personuppgifter ska förvaras så att ingen obehörig får tillgång till dem. Deltagarna ska ej kunna identifieras av utomstående. Nyttjandekravet innebär att insamlade uppgifter om enskilda personer endast får användas i forskningssyfte (Vetenskapsrådet, u.å.).

Studien har följt de enligt Vetenskapsrådets (u.å.) forskningsetiska principer och krav som finns inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning, antagna av humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet år 1990.

De kvinnorna som deltog i studien erhöll information om studien i direkt anslutning till deras cellprovskontroll. Informationen gavs muntligt samt skriftligt genom ett utdelande av forskningspersonsinformation. Det framhölls att deltagandet var frivilligt och anonymt. Kvinnorna fick reda på studiens syfte och att det handlade om ett fåtal öppna frågor med följdfrågor om deras upplevelser. De fick vidare information om genomförandet och möjligheten att ställa frågor gällande studien, och kvinnorna skrev slutligen under ett samtyckesformulär. Tillåtelse att genomföra studien gavs av verksamhetschef på barnmorskemottagningen samt mödrahälsovårdsöverläkaren. Den enda bakgrundsinformation som fanns om kvinnorna var att de hade blivit kallade till en cellprovskontroll utifrån screeningprogrammet och alla kvinnor uppgav frivilligt sin ålder. Frågorna som ställdes var öppna frågor om upplevelser och sammantaget blev det inte några personuppgifter att

avidentifiera. Materialet som insamlades användes enbart i forskningssyfte att utveckla vården av kvinnor inom huvudområdet sexuell och reproduktiv hälsa.

Enligt Vetenskapsrådet (u.å.) bör forskaren mäta eventuella risker mot nytta av studien. Nyttan med studien var att öka kunskap om vilka behov som finns hos kvinnor i mötet med barnmorskan under cellprovskontrollen. Resultatet kan användas i verksamhetsutveckling och skapa nya möjligheter i barnmorskeprofessionen. Kvinnors upplevelser ger ökad kunskap om hur hälso- och sjukvården kan främja kvinnohälsa och folkhälsa. Risker med studien bedömdes som små.

Resultat

Deltagarna i studien var tretton kvinnor i åldrarna 24-59 år som deltog i det nationella screeningprogrammet för cellprovskontroll på en barnmorskemottagning i Västsverige. Resultatet presenteras i tre kategorier och åtta underkategorier (se tabell 1) och förtydligas med citat som återges ordagrant.

Tabell 1 Kategorier och underkategorier

Kategorier	Underkategorier
Positivt möte med barnmorskan	Positivt förhållningssätt Kommunikation som lättade upp stämningen
Tidsbrist gav begränsningar i mötet med barnmorskan	Rutinmässigt förhållningssätt begränsade kommunikationen Brist på tid påverkade frågorna Tillfället togs i akt och frågor ställdes trots tidsbrist
Kvinnornas behov av att få ställa frågor	Behov av att få ställa frågor om underlivet och klimakteriet Behov av att få information om provtagningen Önskvärt att få prata mer med barnmorskan

Positivt möte med barnmorskan

Positivt förhållningssätt

Ett positivt förhållningssätt från barnmorskan var av betydelse för kvinnorna. De använde olika ord för att belysa positiva aspekter av mötet såsom *bra*, *jättebra* och *personligt*. En kvinna beskrev hur barnmorskans positiva förhållningssätt även påverkade henne känslomässigt.

Det var lite speciellt men alltså, jag uppskattade henne... (skrattar). Det var ett bra, absolut bra möte. Det var bara att jag blev väldigt känslsam (skrattar) så jag började gråta precis efteråt men det var... personligt... Och då var hon väldigt fin, så det var skönt...

En dimension av ett positivt förhållningssätt var barnmorskans egenskaper. Det kvinnorna beskrev som positivt var att barnmorskan var tydlig, gav raka besked, var vänlig, tillmötesgående, trevlig, snabb, smidig och handfast.

Mycket bra [möte]. Väldigt väl mottagen, vänligt och handfast.

Ett positivt möte kunde främjas av att kvinnan träffat barnmorskan tidigare, till exempel i samband med graviditet.

Bra, för att jag känner igen henne från när, min minsta son är två år så hon var faktiskt barnmorskan som jag hade under min graviditet så det var ganska roligt. Ja, hon kände igen mig så det var ju roligt (skrattar).

Kommunikation som lättade upp stämningen

Ett positivt möte med barnmorskan kunde också uppstå om barnmorskan lättade upp stämningen i samband med undersökning. Det kunde ske genom småprat om vardagliga saker.

Ja, om mina barn (skrattar). Hon frågade om mina andra barn och så där...

Nej, inget allvarligt i alla fall, bara lite så där skojade och så. Men vi pratade lite grann omkring cellprov, ja med mera.

Vidare kunde barnmorskan inge lugn och förmedla lyhördhet. Att berätta steg för steg vad som hände lättade upp stämningen för kvinnorna. Kvinnorna kunde därmed uppleva delaktighet under provtagningen.

Det var jättebra... hon... ja men hon var lugn och samtidigt ställde lite frågor så att hon lättade upp stämningen lite och eh, tog allting väldigt försiktigt och berättade allting steg för steg; det här gör jag, känns det ok? Ja... så väldigt...lyhörd!

Det var jättebra, hon berättade precis vad hon skulle göra och hur det kunde kännas och frågade om allt var bra och att jag kunde stoppa henne om det var något jag undrade över, det var jätte-jättebra.

Tidsbrist gav begränsningar i mötet med barnmorskan

Rutinmässigt förhållningssätt begränsade kommunikationen

Provtagningen upplevdes rutinmässig eftersom de frågor som ställdes av barnmorskan framförallt handlade om rutinfrågor. Kvinnorna upplevde det som att de fick frågor som alltid ställs under en cellprovskontroll oavsett person.

Hon frågade när jag hade haft sista mensen men inte något desto mer.

Asså hon ställde ju lite frågor när jag kom, så här om jag fött barn och preventivmedel och så där...eeh, dom rutinfrågorna men inget annat så liksom, generell hälsa.

Vidare sa flera av kvinnorna att de inte talade om någonting med barnmorskan som inte gällde cellprovet, mycket för att de själva hade inställningen att det bara handlade om ett rutinbesök eller en kortare provtagning.

[D]et var mer på rutin idag...

[D]et framgår ändå ganska tydligt att man blir kallad till provtagning och de flesta har ju ändå varit förkylda eller vad det nu är på lab och hos läkare och förstår skillnaden. Asså när man kommer för att lämna blodprov så är det ju liksom in, ta prov, ut. Och den kallelsen man får är ju väldigt tydlig med att man ska komma in och ta ett prov. Eller förstår du vad jag menar? Så jag tror inte man tar det för ett fullvärdigt besök ändå.

Brist på tid påverkade frågorna

De flesta av kvinnorna var väl medvetna om tidsaspekten vid cellprovskontrollen vilket gjorde att de anpassade sig och avstod från att ställa frågor.

För att jag inser att hon har ungefär 3-4 minuter bokat för oss i princip, eller ja en kvart, men sen ska ju hon hinna fylla i journal och sånt så att ehm, så jag frågar inte.

Jag förstår att det här är avsatt för, det vet jag ifrån början, att det är avsatt väldigt lite tid.

Bristen på tid ledde i sin tur till att en kvinna inte såg mötet med barnmorskan som en möjlighet att prata om sina besvär.

[Angående om det fanns tid att prata när kvinnan tog upp sina besvär] Nä men det kanske det inte kändes, för att ha ett långt samtal för man vet ju att det är en snabb tid... Och det ställer man in sig på också, att det inte finns så mycket tid...

Kvinnorna uttryckte förståelse för barnmorskans arbetssituation och det faktum att stress förelåg och att lite tid fanns avsatt. En kvinna beskrev hur hon anpassade sina frågor till barnmorskan utifrån hur många kvinnor som satt i väntrummet och väntade på sina cellprovskontroller.

Det var ju att det inte var så många bokade, så många som satt ute och väntade heller så jag kände nog att då blir man ju inte så stressad heller som barnmorska.

För det var ju bara en när jag gick in, så jag tror att hade det varit jättemycket så är det inte säkert att man hann att fråga så mycket men man hinner ju, man hann fråga lite...

Att inte prata med eller ställa frågor till barnmorskan framkom som en förlängning av att kvinnorna var medvetna om den korta tiden som fanns till förfogande. De valde då aktivt att inte ställa frågor. Det fanns också beskrivningar av att inte ta plats relaterat till den egna personen.

Nä fast jag är inte typisk patient på det viset [...] Jag stör inte höll jag på att säga...

Det är klart att det väcker lite frågor just om så där vad som händer i kroppen... men jag valde aktivt att inte ställa dom nu för jag tänkte att det...ehh... det känns som man åker iväg på olika vägar och så att det kanske inte var rätt tillfälle...

Tidsbrist i mötet med barnmorskan kunde också leda till att kvinnorna blev hänvisade vidare om de tog upp problem. Sådana områden var underlivsbesvär och frågor kring suturering efter förlossning.

Jag tog upp att jag har haft ont i livmodertappen [...] Nää, hon sa att i så fall får jag ju söka på Vårdcentralen då.

[J]ag pratade också om att jag inte såg så rolig ut där nere för att de hade gjort ett litet misstag, eller ja, de sydde inte ihop mig så bra efter sista graviditeten (skrattar) så då sa hon faktiskt att du vet väl att du kan få en remiss om du vill att de ska sy om, eller göra om, så det var ju bra att jag fick den informationen.

Tillfället togs i akt och frågor ställdes trots tidsbrist

Att ta tillfället i akt innebar för vissa kvinnor att de såg cellprovskontrollen som ett tillfälle att passa på att ställa frågor som rörde barnmorskans kunskapsområde trots att tiden var knapp.

[J]ag tänkte jag passar på, sen visste jag att man kan inte fråga så himla mycket men nu hann jag i alla fall fråga lite. [...] Och jag tänker lite så här: äh, jag bryr mig inte om att fråga nån utan jag frågar när jag kommer hit.

[D]et är inte säkert att man hann att fråga så mycket men man hinner ju, man hann fråga lite under tiden man tar av sig [...] och sen när man har satt sig så frågar man också lite.

Kvinnornas behov av att få ställa frågor

Behov av att få ställa frågor om underlivet och klimakteriet

Det fanns beskrivningar av att kvinnorna önskade prata mer med barnmorskan. Kvinnorna tog exempelvis upp önskemål om att ställa frågor som rörde deras underliv. Det kunde bland annat handla om generell underlivshälsa, om en önskan av bekräftelse på att allt var normalt, eller att det helt enkelt fanns ett behov av att prata om underlivet.

Ja precis, det var väl generell hälsa i underlivet så här... jag har typ inte varit på nån koll hos gynekolog eller barnmorska sedan jag satte in spiral, det har liksom varit mer syften den senaste tiden... så jag tänkte bara kolla läget, ser det ut som det skall?

Jag tycker att det alltid är bra, speciellt för kvinnor. Det är ju (pekar mot underlivet) en så viktig del av sig själv att kunna få träffa... [en barnmorska] det

här är ju ingen gynekolog men det är en ganska bra grej att kunna få prata om saker om man skulle vara orolig för nånting eller nåt sånt...

Behov av att ställa frågor kunde också ha samband med klimakteriet. Hos en av de intervjuade kvinnorna framkom olika typer av genitala obehag som var relaterade till menopaus. Besvären hade även en negativ inverkan på samlivet.

Jag tog upp [med barnmorskan] att jag har haft ont i livmodertappen och det blödde och även i öppningen så har jag ont för det är så torrt. [...] Det är inte jättebesvärande men det spricker ju och så. [...] Vi pratade lite om torra slemhinnor. Och det var ju helt vanligt i denna åldern då som hon sa. [...] Man vågar knappt vara med någon. Det gjorde ju så ont sist.

Att det var önskvärt att få prata med en barnmorska om fysiska förändringar som hör klimakteriet till beskrevs av en annan kvinna som inte kände igen kroppens signaler.

[I]min ålder där det händer mycket och där man inte riktigt är bekant med alla signaler så hade det varit bra att få möjlighet till att prata [med barnmorska]. [...] Jag förstod att det här var min sista kallelse. Det är klart att det väcker lite frågor om vad som händer i kroppen.

En av kvinnorna påtalade att hon kände en osäkerhet kring huruvida hennes frågor, gällande klimakteriet, var av en sådan dignitet att det i sig utgjorde en anledning till boka in ett nytt möte med barnmorskan. Kvinnan uttryckte vidare att det troligen hade varit bättre att få ställa några korta frågor till barnmorskan i samband med cellprovskontrollen för att få vägledning.

Ja... jag tycker nog att det hade varit bra att få möjlighet till det faktiskt... därför, ja, som i min ålder där det händer mycket och där man inte riktigt är bekant kanske med alla signaler så hade det varit bra att få... ja, ha möjlighet till det. Sen när jag tänker efter så vet jag inte om mina frågor hade varit av den graden så att jag hade tänkt att jag ville komma hit en gång till. [...] Bara ställa några enkla frågor... Är det nåt man behöver gå vidare med...? Var man kan leta själv...? eller så...

Behov av att få information om provtagningen

Om kvinnan tidigare haft cellförändringar kunde det finnas en önskan om att få mer tid med barnmorskan för att prata om resultatet på cellprovet, vilket framkom i en kvinnas berättelse.

[K]anske sen när man fått provet så... eller ja, jag har haft tidigare [cellförändringar] att inte riktigt veta om det varit något så då skulle man ju gärna prata om dom där resultaten om det visar nåt.

Kvinnorna hade behov av att få information från barnmorskan. Det visade sig att en del av dem hade en kunskapsbrist gällande själva cellprovskontrollen, framför allt gällande cellprovsintervallerna.

Jag funderade faktiskt just på det, det var längesedan som jag var kallad på motsvarande cellprovstagning så det frågade jag just om de här intervallen för det var jag osäker på...

Senast var väl när jag då satte in den här spiralen, det är väl tre år sedan... eller jag kanske har haft nåt cellprov däremellan, jag kommer inte ens ihåg hur ofta man har det.

En av kvinnorna som gjorde sitt första cellprov var osäker på vad för slags undersökning själva cellprovet egentligen var.

Mm, jag funderade just på det här när jag var på väg hit faktiskt så här, tänkte ifall jag borde förbereda några frågor. Jag var lite oklar ifall det var att det skulle vara nån mer form av undersökning eller koll, liksom.

Önskvärt att få prata mer med barnmorskan

Det fanns också en beskrivning av att det vore positivt att ges möjlighet att prata mer med en barnmorska under cellprovskontrollen då kvinnan sällan hade kontakt med en barnmorska på barnmorskemottagning.

Det är en väldigt bra sak att kunna få möjlighet att göra det [prata mer med barnmorskan under cellprovskontrollen], det tror jag eftersom det är så sällan... jag hade inte innan jag satte in spiralen som var nåt år sedan bara, så hade man ju precis inte kontakt med mödravård, eller gynekolog sen jag födde barn egentligen, bortsett från cellproven som man kommer på. Jag tror att det är ett jättebra att få möjlighet att prata om nåt annat också.

Även de kvinnor som regelbundet besökt en barnmorskemottagning uttryckte att besöken kunde samordnas. Det fanns beskrivningar om att preventivmedelsrådgivning skulle kunna ske i anslutning till cellprovskontrollen.

Till exempel om jag inte redan hade gjort eller varit här på rådgivning så kanske jag hade velat ta det i samband med det här.

Genom att barnmorskan visade intresse och ställde frågor upplevde kvinnorna att de gavs möjlighet att ta upp saker som de funderade på. Att få frågor från barnmorskan öppnade upp

till dialog och kunde göra att kvinnorna också vågade ta upp saker som kanske inte var av allvarlig eller akut karaktär.

Alltså när man ändå är här blir det ju liksom lite mer: ja, varför inte? när det är nån som frågar. Annars upplever jag att man vill ha en agenda för att komma hit och att man ofta kanske skiter i det för att man inte har nåt allvarligt...

Jag hade inget som jag egentligen kände akut behov att få svar på men jag tänkte att om hon frågar något så kan jag ju fråga det här, eller så...

Att det var önskvärt att prata mer med barnmorskan kunde innebära att få raka frågor som fungerade som vägledning om vad samtalet kunde handla om. Ett exempel från en kvinna var, att när barnmorskan ställde en allmän fråga om huruvida kvinnan hade varit på en gynekologisk undersökning, väckte det en osäkerhet hos kvinnan om vad barnmorskan syftade på. Hon kände sig dåligt insatt i vad som rymdes inom barnmorskans kompetensområde, och önskade därmed raka frågor från barnmorskan för att lättare veta vad hon kunde få hjälp med på en barnmorskemottagning.

Ja, för hon frågade: men då kanske du har varit på en gynundersökning mellan cellprovningarna? men nej, det hade jag inte. Då väcktes den frågan; jaha borde jag kanske gå även fast jag inte har känt nånting eller så där? [...] Det kan ju vara så att jag själv inte har tänkt på nånting eller tänker att det... eller för jag vet inte riktigt vad som hör hemma inom ramen för barnmorskans område. Då skulle det kännas bra att få några frågor om det här, eller det här, eller det här, eller det här. Då vet jag, ja men okej, då är det hit jag ska vända mig.

Ett fåtal av kvinnorna beskrev att de inte hade något behov av att ta upp andra frågor under cellprovet. Tilläggas kan att dessa kvinnor nyligen träffat en barnmorska eller gynekolog där de hade kunnat ventilerat tankar och frågor.

Mm, jag hade faktiskt inte det [andra frågor] för jag var nyligen hos en gynekolog också och så, ja.

Nää, men jag har varit här ganska nyligen för rådgivning och så jag hade inga andra frågor idag.

Diskussion

Metoddiskussion

Eftersom syftet med studien var att utforska kvinnors behov av att utöka cellprovskontrollen till att även innefatta möjligheten att ta upp frågor rörande sexuell och reproduktiv hälsa ansågs metoden induktiv innehållsanalys med kvalitativ ansats vara lämplig. Tretton kvalitativa intervjuer utfördes. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) använder sig omvårdnadsforskning ofta av en kvalitativ innehållsanalys för att kunna tolka den transkriberade texten efter intervjuer.

En av studiens styrkor var att kvinnorna fångades upp i och med att de fick information om studien när de satt och väntade på sin cellprovskontroll. Kvinnorna som valde att delta i studien kom själva in till det rum där intervjun skulle ske direkt efter att deras cellprovskontroll var utförd. Det faktum att intervjun kunde utföras i så nära anslutning till cellprovet torde göra att ämnet och frågorna som ställdes var mer aktuella för dem. Kvinnorna hade i färskt minne vad som sagts och gjorts inne hos barnmorskan samt vad de tänkt på inför, under och efter mötet.

Att kvinnorna själva fick välja om de ville delta eller inte efter att ha fått information om studien kan ha påverkat resultatet. Det finns en risk att villigheten att delta talade för ett behov hos kvinnorna, vilket i förlängningen kan ha påverkat resultatet.

Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar att eftersom kvalitativ innehållsanalys ämnar beskriva variationer kan det vara bra att inkludera deltagare från olika åldersgrupper. Det kan leda till att området belyses ur olika erfarenheter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Slumpmässigt blev urvalet med kvinnor i spridda åldrar mellan 24-59 år vilket ansågs som en styrka.

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) innebär ju fler som inkluderas större möjligheter till variationer i upplevelser. Urvalet bestod av tretton kvinnor, vilket ansågs utgöra ett tillräckligt urval. Fler hade kunnat inkluderas, men inom ramen för studien som en magisteruppsats hade det riskerat att bli ett alltför omfattande analysmaterial.

En begränsning med urvalet var att icke svensktalande kvinnor exkluderades. Det betyder, i sin tur, att det finns en kunskapslucka gällande icke svensktalande kvinnors behov av att utöka cellprovskontrollen.

Många av kvinnorna var upptagna och stressade; på väg till skola, jobb och liknande. Då det fanns en medvetenhet om den aspekten redan innan studien påbörjades, var frågorna anpassade till kortare intervjuer. Trots det blev upplevelsen kring intervjusituationen annorlunda än förväntat då flera av kvinnorna uttryckte förvåning över att intervjun inte var längre och mer omfattande. Utifrån den kunskapen hade frågorna utvecklats och intervjutiden förlängts om studien skulle göras om igen.

Den enda bakgrundsinformation som fanns om intervjupersonerna var åldern. Kvinnor i olika åldrar uttryckte olika ämnen de hade behov att prata om, exempelvis om klimakteriet i de äldre åldrarna. Bristen på bakgrundsinformation ansågs inte vara relevant för resultatet då syftet med studien var att undersöka upplevelser där bakgrunden spelade mindre roll.

I samspelet under intervjun spelar forskarens delaktighet in genom att vara medskapare av texten. Resultatet av en intervjustudie kan därmed inte vara oberoende av forskaren (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Den kommunikativa kompetensen och erfarenheten hos intervjuarna påverkade resultatet. Intervjuarna försökte småprata med kvinnorna före intervjun för att bygga upp en lättsammare stämning. Att det sociala samspelet samt hur frågor och följdfrågor ställdes påverkade hur mycket som kom ut ur intervjuerna, var något som intervjuarna lärde sig successivt. Exempelvis så kunde bekräftande kroppsspråk och ord leda intervjun framåt. Resultatet påverkades på så sätt att de första intervjuerna inte var lika innehållsrika.

Den kvalitativa intervjun var öppen till sin karaktär men det faktum att det fanns förberedda frågor och följdfrågor gjorde att intervjuarna hade något att hålla sig till. Den första frågan som ställdes var allmän och av neutral karaktär. Följdfrågorna gav djupare svar. Några gånger var intervjuarna rädda för att ställa följdfrågor som kvinnorna kunde uppleva som för privata eller obehagliga. Därmed lyckades inte intervjuarna uppmuntra till fördjupningar eller fånga allt som kom upp, vilket framförallt blev tydligt i transkriberingen. Det finns också en risk att intervjusituationen kan ha blivit onaturlig och hämmad av inspelningsapparaten.

För att stärka resultatets tillförlitlighet bör analysarbetet finnas beskrivet. Tillförlitligheten i en studies resultat ökar också när fler forskare läser och analyserar tillsammans. Genom att i varje steg i analysarbetet reflektera och diskutera tillsammans så kan koder och kategorier bli mer stringenta (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Kondensering, kodning och kategorisering gjordes gemensamt. Analysen genomfördes i en ständigt pågående dialog där materialet bearbetades, tolkades och omformulerades för att göras så tydligt och följdriktigt som möjligt. I arbetet var också en handledare involverad, som hade tidigare erfarenhet av metoden.

För att giltigheten i studien ska kunna bedömas är det bra att visa på citat från intervjuer (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Resultatet redovisades med citat från kvinnorna.

Överförbarheten handlar enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) om huruvida resultatet kan överföras till andra grupper eller situationer. Det är enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) läsaren som avgör huruvida resultatet är överförbart till ett annat sammanhang. Överförbarheten i denna studie är relaterat till ett svenskt sammanhang där det är barnmorskor som ansvarar för provtagningen.

Resultatdiskussion

Resultatet av studien presenteras i tre kategorier; positivt möte med barnmorskan, tidsbrist gav begränsningar i mötet med barnmorskan och kvinnornas behov av att få ställa frågor.

I kategorin *positivt möte med barnmorskan* uttryckte kvinnorna att de uppskattade att barnmorskan var vänlig, handfast, tydlig och gav raka besked. På detta sätt upplevdes barnmorskan som kompetent. Ett allmänt småprat bidrog till att lätta upp stämningen. Genom att barnmorskan förmedlade ett lugn och en trygghet, så upplevde kvinnorna att barnmorskan var lyhörd och de kände sig därigenom delaktiga. Liknande resonemang utifrån vårdpersonalens perspektiv framhålls av Wendt et al. (2011b) där vårdpersonalen påtalade att de var medvetna om att det var viktigt att vara öppen, lyhörd och att se kvinnorna som enskilda individer under en gynekologisk undersökning. Att vårdgivaren har en förmåga till god kommunikation är en förutsättning för att vården ska upplevas som professionell (Dahlberg et al., 2002) och en professionell vård bidrar i sin tur till att öka tryggheten hos patienterna (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Mot denna bakgrund ter det sig som att en professionell vårdrelation kunde etableras under det korta mötet mellan barnmorskan och kvinnorna under cellprovskontrollen.

Att kvinnorna förstod att tiden för själva cellprovtagningen var knapp framkom i kategorin *tidsbrist gav begränsningar i mötet med barnmorskan*. Denna medvetenhet ledde i sin tur till att kvinnorna anpassade sig genom att exempelvis inte ställa, vad som enligt dem var, onödiga frågor som inte hörde till själva provtagningen. Det framkom även att kvinnorna upplevde att tidsbristen var ett hinder för ytterligare dialog, och en del beskrev hur de medvetet undvek att ställa frågor av hänsyn till, vad de ansåg vara, barnmorskans pressade arbetssituation. Detta fenomen visade sig också i en studie av Wendt et al. (2011b), det vill säga att kvinnorna var väl medvetna om att det förekom tidsbrist, under exempelvis cellprovskontroller, vilket gjorde att samtal prioriterades bort. Samma företeelse illustrerades även ur barnmorskornas perspektiv då Widmark et al. (1998) menar att även barnmorskorna upplevde tidsbristen som en stressfaktor när frågor kom upp under cellprovskontrollen. Enligt Idestrom et al. (2007) önskade flera barnmorskor att det skulle finnas mer tid avsatt vid denna typ av undersökning. Trots att brist på tid kan utgöra ett reellt hinder för att etablera en genuint vårdande relation (Dahlberg et al., 2002; Wendt, 2009) så framkom det inte att någon av kvinnorna i studien upplevt att tidsbegränsningen påverkat själva vårdrelationen negativt.

Enligt Medin och Alexandersson (2000) har den traditionella vården en benägenhet att ha ett reduktionistiskt synsätt på patienten. Med detta menas att vårdgivaren inom den traditionella vården har en tendens att se patienten som ett objekt snarare än som en hel och sammansatt person. En konsekvens kan vara att fokus läggs på en specifik kroppsdel i taget under en undersökning medan resten av människan och hennes kontext glöms bort eller negligeras (Medin & Alexandersson, 2000). Utifrån detta perspektiv skulle det kunna tänkas att bristen på tid, vars konsekvens medförde att kvinnorna medvetet valde att undvika att ställa frågor som rörde deras sexuella och reproduktiva hälsa, utgjorde ett hinder för vårdgivaren att bedriva en holistisk vård. Tvärtom visade det sig att kvinnornas upplevelser av mötet med barnmorskan snarare präglades av en positiv känsla. Ingen av kvinnornas berättelser pekade på att de inte känt sig sedda som individer.

I den tredje kategorin *kvinnornas behov av att få ställa frågor* framkom att kvinnorna påtalade att de hade ett behov av att ställa frågor som rörde underlivet. Det behövde emellertid inte handla om att något var fel, utan kunde snarare handla om ett behov av att få bekräftelse på normalitet samt generell hälsa i underlivet. Kvinnorna uttryckte också en önskan om att ges tillfälle att prata mer med barnmorskan. Detta gällde både kvinnorna i fertil ålder och kvinnorna som passerat menopaus, där det i den senare gruppen framkom ett särskilt behov av att prata om klimakteriefrågor. Samma fenomen beskrivs av Idestrom et al. (2007), det vill säga att den näst vanligaste frågan barnmorskan fick från kvinnor i samband med cellprovskontrollen i ålderskategorin 20-39 år handlade om underlivet, medan det i åldersgruppen 40-59 år var frågor kring klimakteriet som dominerade, följt av frågor kring underlivet. Enligt Berterö (2003) så har kvinnor i menopaus nytta av att träffa barnmorskor för att få information gällande klimakteriet.

Att få frågor av barnmorskan som i sin tur öppnade för dialog sågs som extra viktigt eftersom kvinnorna upplevde barnmorskans intresse som en öppning till att ta upp saker de funderat på. Även tidigare forskning belyser aspekten att vårdpersonal ställde frågor som viktig, då det visade sig att kvinnor generellt drar sig för att ta upp saker som rör deras sexuella hälsa utan att först bli tillfrågade (Paparhitou et al., 2005; Wendt et al., 2011a). Enligt Wendt (2009) framkommer även att dialog med patienten är ett viktigt redskap för att främja den sexuella hälsan och att det är positivt om barnmorskan initierar den dialogen.

Förekomsten av cervixcancer i Sverige har sjunkit kraftigt sedan screeningprogrammet infördes (Dahm-Kähler, 2015; Gustafsson, Pontén, Zack & Adami, 1997; Socialstyrelsen, 2015), något som kan ses som en stor vinst för folkhälsan. Trots detta förekommer fortfarande ett bortfall av kvinnor som inte dyker upp på sina cellprovskontroller (Socialstyrelsen, 2015). Skulle möjligheten till en utökad cellprovskontroll hos barnmorskan kunna fungera som en motivator för de kvinnor som negligerar sina kallelser? I en studie med frågeställningen hur unga kvinnor kunde motiveras att komma på sina cellprovskontroller framkom att kvinnorna uttryckte ett behov av flexibilitet och olika alternativ. Om kvinnorna erbjöds att kombinera cellprovskontrollen ihop med andra gynekologiska undersökningar samt även fick möjlighet

att diskutera frågor rörande sexuell och reproduktiv hälsa, skulle det öka deras benägenhet att komma på kallelsen (Blomberg et al., 2011a).

I en annan studie av Blomberg et al. (2011b) framkommer att kvinnor i 30-årsåldern upplevde det svårt att veta vart de skulle få sina hälsobehov tillgodosedda, eftersom de befann sig i övergången mellan att vara ungdom och vuxen. När kvinnorna fortfarande räknades som ungdomar var det självklart att de skulle vända sig till ungdomsmottagningar när det gällde behov som STI-provtagning och antikonception, men som vuxna kände de sig bortkomna i systemet. Kvinnorna som inte hade fött barn uttryckte att de inte hade någon naturlig kontakt med en barnmorskemottagning där screeningprogrammen utförs, och flera kvinnor tog istället sina cellprover hos en privat gynekolog. Anledningen till att de gick till en privat gynekolog var att de önskade ett ställe dit de kunde gå för att få alla sina behov gällande den sexuella och reproduktiva hälsan tillfredsställda (Blomberg et al., 2011b). Blomberg et al. (2011b) ser detta som ett oväntat fynd i studien och kommer i sin diskussion fram till att kvinnorna uttryckte ett tydligt behov av ett ställe där de både kunde få vård, i detta fallet cellprovskontrollen, och samtidigt möjlighet att prata om sina frågor gällande den sexuella och reproduktiva hälsan.

Slutligen är det inte osannolikt att det kan förekomma både organisatoriska och ekonomiska hinder för att realisera idén om att erbjuda alla kvinnor som kommer på cellprovtagning möjlighet att ta upp frågor som rör deras sexuella och reproduktiva hälsa. Det är emellertid viktigt att påpeka att såväl denna som tidigare studier (Berterö, 2003; Blomberg et al., 2011b; Haboubi & Lincoln, 2003; Idestrom et al., 2007; Lundgren et al., 2000; Papaharitou et al., 2005; Wendt, 2009; Wendt et al. 2011a; Wendt et al., 2011b; Widmark et al., 1998) visar att behovet av ovanstående typ av samtal förekommer, även om tidigare studier framförallt utgått från vårdpersonalens perspektiv. Mot denna bakgrund föreslås att ytterligare forskning där kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa sätts i relation till vårdorganisationen är nödvändig, samt att kvinnors perspektiv bör hållas i fokus.

Slutsats

Resultatet från denna studie visar på att kvinnorna hade ett behov av att få ställa frågor i samband med cellprovskontrollen. Bristen på tid ledde till begränsningar i mötet med barnmorskan men mötet upplevdes ändå som positivt. Emellertid behövs mer forskning som utgår från kvinnornas perspektiv, exempelvis genom en kvantitativ enkätstudie.

Referenslista

Andersson, S., & Rylander, E. (2015). Att förebygga cervixcancer. Janson, P.O., & Landgren B-M. (Red.), *Gynekologi*. (s.199-207). Lund: Studentlitteratur.

Andrae, B., Andersson, T. M., Lambert, P. C., Kemetli, L., Silfverdal, L., Strander, B., Ryd, W., Dillner, J., Törnberg, S., & Sparén, P. (2012). Screening and cervical cancer cure: population based cohort study. *BMJ: British Medical Journal (Overseas & Retired Doctors Edition)*, 344(7849), 18. doi:10.1136/bmj.e900

Avis, N. E., Brockwell, S., Randolph, J., John F, Shen, S., Cain, V. S., Ory, M., & Greendale, G. A. (2009). Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: Results from the study of women's health across the nation. *Menopause*, 16(3), 442-452. doi:10.1097/gme.0b013e3181948dd0

Beer, H., Hibbitts, S., Brophy, S., Rahman, M. A., Waller, J., & Paranjothy, S. (2014). Does the HPV vaccination programme have implications for cervical screening programmes in the UK? *Vaccine*, 32(16), 1828-1833. doi:10.1016/j.vaccine.2014.01.087

Berterö, C., Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet, Omvårdnad, & Hälsouniversitetet. (2003). What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period. *International Nursing Review*, 50(2), 109-118. doi:10.1046/j.1466-7657.2003.00185.x

Blomberg, K., Tishelman, C., Ternestedt, B., Törnberg, S., Leval, A., & Widmark, C. Örebro universitet. (2011a). How can young women be encouraged to attend cervical cancer screening?: Suggestions from face-to-face and internet focus group discussions with 30-year-old women in stockholm, sweden. *Acta Oncologica*, 50(1), 112.

Blomberg, K., Widmark, C., Ternestedt, B., Törnberg, S., Tishelman, C., Palliativt forskningscentrum, P., & Ersta Sköndal högskola. (2011b). Between youth and adulthood: Focus-group discussion with 30 year-old women about cervical cancer and its prevention in urban sweden. *Cancer Nursing*, 34(3), 11.

Bosch, F.X., Burchell, A.N., Schiffman, M., Giuliano, A.R., de Sanjose, S., Bruni, L., Tortolero-Luna, G., Kruger Kjaer, S., & Munoz, N. (2008). Epidemiology and natural history papillomavirus infections and type-specific implications in cervical neoplasia. *Vaccine*. 26 (10), 1-16. doi:dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2008.05.064

Bosch, F.X., Lorincz, A., Munoz, N., Meijer, C.J.L., & Shah, K.V. (2002). The causal relation

between human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of Clinical Pathology*. 55 (4), 244-265. doi:10.1136/jcp.55.4.244

Brotherton, J. M. L., & Mullins, R. M. (2012). Will vaccinated women attend cervical screening? A population based survey of human papillomavirus vaccination and cervical screening among young women in victoria, australia. *Cancer Epidemiology*, 36(3), 298-302. doi:10.1016/j.canep.2011.11.005

Castellsague X., de Sanjose S., Agudo T., Louie K.S., Bruni L., & Munoz J., HPV and cervical cancer in the 2007 report. *Vaccine* 2007;25 (Suppl 3):C1–230.

Collberg, P. & Ellis, J. (2014). Mödrahälsovårdens mål och innehåll. I H. Hagberg, K. Marsal & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (s. 141-151). Lund: Studentlitteratur.

Collins, P., Mazloomzadeh, S., Winter, H., Blomfield, P., Bailey, A., Young L.S., & Woodman, C.B.J. (2002). High incidence of cervical human papillomavirus infection in women during their first sexual relationship. *BJOG*. 109(1), 96-98. doi:10.1111/j.1471-0528.2002.01053.x

Cuzick, J., Clavel, C., Petry, K.U., Meijer, C. J.L.M., Hoyer, H., Ratnam, S., Szarewski, A., Birembaut, P., Kulasingam, S., Sasieni, P. & Iftner, T. (2006), Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. *Int. J. Cancer*, 119: 1095–1101. doi:10.1002/ijc.21955

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dahm-Kähler, P. (2015). Cervixcancer. Janson, P.O., & Landgren B-M. (Red.). *Gynekologi*. (s. 208-216). Lund: Studentlitteratur.

Du, J., Näsman, A., Carlson, J. W., Ramqvist, T., & Dalianis, T. (2011). Prevalence of Human Papillomavirus (HPV) types in cervical cancer 2003-2008 in Stockholm, Sweden, before public HPV vaccination. *Acta Oncologica*, 50(8), 1215-1219. doi:10.3109/0284186X.2011.584556

Engholm, G., Ferlay, J., Christensen, N., Bray, F., Gjerstorff, M. L., Klint, Å., Kotlum, J.E., Olafsdottir, E., Pukkala, E. & Storm, H. H. (2010). NORDCAN - a nordic tool for cancer information, planning, quality control and research. *Acta Oncologica*, 49(5), 725-736. doi:10.3109/02841861003782017

Folkhälsomyndigheten. (u.å.). *Vaccinationsprogram*. Hämtad 2016-11-20, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd->

Franceschi, S., Herrero, R., Clifford, G. M., Snijders, P. J.F., Arslan, A., Anh, P. T. H., Bosch, F. X., Ferreccio, C., Hieu, N. T., Lazcano-Ponce, E., Matos, E., Molano, M., Qiao, Y.-L., Rajkumar, R., Ronco, G., de Sanjosé, S., Shin, H.-R., Sukvirach, S., Thomas, J. O., Meijer, C. J.L.M., Muñoz, N. & the IARC HPV Prevalence Surveys Study Group. (2006). Variations in the age-specific curves of human papillomavirus prevalence in women worldwide. *International Journal of Cancer*. 119. 2677–2684. doi:10.1002/ijc.22241

Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S., & Elford, H. (2004). "opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice*, 21(5), 528-536. doi:10.1093/fampra/cmh509

Gustafsson, L., Pontén, J., Zack, M., & Adami, H. (1997). International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening. *Cancer Causes & Control*, 8(5), 755-763. doi:10.1023/A:1018435522475

Haboubi, N. H. J., & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability & Rehabilitation*, 25(6), 291-296. doi:10.1080/0963828021000031188

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: An evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 806-817. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x

Henderson, L., Clements, A., Damery, S., Wilkinson, C., Austoker, J., Wilson, S. (2011). On behalf of the HPV Core Messages Writing Group. (2011). 'A false sense of security'? understanding the role of the HPV vaccine on future cervical screening behaviour: A qualitative study of UK parents and girls of vaccination age. *Journal of Medical Screening*, 18(1), 41-45. doi:10.1258/jms.2011.010148

Hestbech, M.S., Gyrd-Hansen, D., Kragstrup, J., Siersma, V., & Brodersen, J. (2016). How does HPV vaccination status relate to risk perceptions and intention to participate in cervical screening? a survey study. *BMC Public Health*, 16 (708). doi: 10.1186/s12889-016-3397-y

Hildingsson, I. (2016). Hälsovård under graviditeten. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (s. 273-284). Lund: Studentlitteratur.

Hulter, B. (2016). Sexuell hälsa. I H. Lindgren, K. Christensson & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (s. 65-67). Lund: Studentlitteratur.

ICM. International code of ethics for midwives (electronic): International Confederation of Midwives, 2014. Hämtad: 2016-11-11 från URL:
http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf

Idestrom, M., Milsom, I., & Andersson-Ellstrom, A. (2007). The cervical cancer screening program from a midwife's perspective. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007; 86 (6): 742-8. doi: 10.1080/00016340701371272

Janusinfo. (u.å.). *Uppdatering om en förändrad dosering vid HPV-vaccinering*. Hämtad 2016-11-20, från
<http://www.janusinfo.se/Behandling/Expertradsutlatanden/Vaccinationer/Information-om-forandrad-dosering-vid-HPV-vaccinering/>

Lundgren, E., Tishelman, C., Widmark, C., Forss, A., Sachs, L., & Törnberg, S. (2000). Midwives' descriptions of their familiarity with cancer: A qualitative study of midwives working with population-based cervical cancer screening in urban Sweden. *Cancer Nursing*, 23(5), 392-400. doi:10.1097/00002820-200010000-00011

Lundman, B., Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Medin, J., & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: En litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Moscicki A-B. (2007). HPV infections in adolescents. *IOS Press*. 23(4). 229-234.
Olafsdottir, E., Pukkala, E., & Storm, H. H. (2010). NORDCAN - a nordic tool for cancer information, planning, quality control and research. *Acta Oncologica*, 49(5), 725-736. doi:10.3109/02841861003782017

Papaharitou, S., Nakopoulou, E., Kirana, P., Iraklidou, M., Athanasiadis, L., & Hatzichristou, D. (2005). Women's sexual concerns: Data analysis from a Help-Line. *The Journal of Sexual Medicine*, 2(5), 652-657. doi:10.1111/j.1743-6109.2005.00116.x

Ramqvist, T., Du, J., Lundén, M., Ährlund-Richter, S., Ferreira, J., Marions, L., Sparén, P., Andersson, S., & Dalianis, T. (2010). Pre-vaccination prevalence of human papillomavirus types in the genital tract of 15-23-year-old women attending a youth health clinic in Stockholm, Sweden. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*. 43 (2). 115-121. doi: 10.3109/00365548.2010.526957

Read, S., King, M., & Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J Public Health Med* 1997; 19: 387–391.)

Regionalt cancercentrum väst, Västra götalsregionen & Region Halland. (2016). Ta cellprov. En sida om gynekologiskt cellprov från Västra Götalandsregionen och Halland. Hämtad 2016-11-25, från <http://cellprov.se/hem/>

Schiffman, M., Castle, P.E., Jeronimo, J., Rodriguez, A.C., & Wacholder, S. (2007). Human papillomavirus and cervical cancer. *The Lancet*, 370 (9590), 890-907. doi:10.1016/S0140-6736(07)61416-0

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2015). *Screening för livmoderhalscancer. Rekommendation och bedömningsunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Tamm, M. (2012). *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (u.å.). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2016-11-25, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> 2016

Wendt, E. (2009). *Utvecklad dialog om sexuell hälsa med fokus på unga kvinnor - en möjlighet vid det gynekologiska besöket* (Avhandling, avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/enheten för allmänmedicin Sahlgrenska akademien). Göteborg: Gothenburg University Publications. Tillgänglig: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/21178/2/gupea_2077_21178_2.pdf

Wendt, E. K., Lidell, E. A-S., Westerståhl, A. K. E., Marklund, B. R. G., & Hildingh, C. I. (2011a). Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: A content analysis. *Midwifery*, 27(2), 250-256. doi:10.1016/j.midw.2009.06.008

Wendt, E. K., Marklund, B. R. G., Lidell, E. A., Hildingh, C. I., & Westerståhl, A. K. E. (2011b). Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse—midwives' and clinicians' experiences. *Midwifery*, 27(4), 539-546. doi:10.1016/j.midw.2010.05.001

WHO. (u.å.). *Sexual and reproductive health: Defining sexual health*. Hämtad 2016-11-24, från http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Widmark, C., Tishelman, C., Lundgren, E., Forss, A., Sachs, L., & Törnberg, S. (1998). Opportunities and burdens for nurse-midwives working in primary health care. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(6), 530-540. doi:10.1016/S0091-2182(98)00064-0

Bilaga 1 - FPI



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Forskningspersonsinformation

Studiens bakgrund

I Västra Götaland erbjuds alla kvinnor mellan 23-60 år gynekologisk cellprovskontroll regelbundet. Sedan cellprovtagningen infördes har förekomsten av livmoderhalscancer sjunkit drastiskt. För många kvinnor utgör cellprovtagningen den enda kontakten de har med en barnmorska under stora delar av livet. Barnmorskorna har, i och med cellprovtagningen, en unik möjlighet att fånga upp eventuella frågor och hälsoproblem inom barnmorskans kompetensområde.

För att vården av kvinnor inom huvudområdet sexuell och reproduktiv hälsa skall kunna fortsätta att utvecklas behövs en ökad förståelse för den individuella upplevelsen.

Syftet med den föreliggande studien är att undersöka hur du som kvinna skulle uppleva att, i samband med cellprovtagningen, även erbjudas möjlighet att ta upp frågor gällande din sexuella och reproduktiva hälsa. Studien vänder sig till dig som nyligen genomgått cellprovtagning på en barnmorskemottagning.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras genom intervjuer av kvinnor en kort tid efter att de tagit sitt cellprov hos barnmorskan. Beräknad tid för samtalet är cirka 15 minuter. Intervjun kommer att bestå av ett fåtal öppna frågor med följdfrågor som berör studiens syfte där du med egna ord får berätta om dina tankar och känslor kring ämnet. Samtalet kommer att spelas in på band, efter avslutad intervju kommer forskningspersonal att avskilt lyssna igenom konversationen samt skriva ut den i textformat för vidare analys.

Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i forskningssyfte. Endast berörd forskningspersonal samt handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i den vetenskapliga studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt, du kan när som helst välja att avbryta medverkan utan att behöva specificera varför. Ett beslut att avbryta det fortsatta deltagandet i studien kommer inte att på något vis påverka den övriga vården som tillhandahålls. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer.

Ansvariga för studien

Beatriz Hedvall
Leg. Sjuksköterska
Student Masterprogrammet
i reproduktiv och perinatal
hälsa
Tel: 0736-704228
gusbeahe@student.gu.se

Maria Bohman
Leg. Sjuksköterska
Student Masterprogrammet
i reproduktiv och perinatal
hälsa
Tel: 0708-322566
gusbohma@student.gu.se

Ingela Lundgren
Professor
Sahlgrenska Akademien
Tel: 031-7866052
ingela.lundgren@gu.se



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Samtycke till deltagande i studie

Jag har erhållit muntlig och skriftlig information angående en studie om kvinnors upplevelse kring att erbjudas möjlighet att ta upp frågor gällande sin sexuella och reproduktiva hälsa i samband med cellprovtagningen. Jag har fått möjlighet att ställa frågor samt har fått dessa besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan välja att avbryta mitt deltagande. Härmed samtycker jag till att bli intervjuad.

Datum: _____

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Ansvariga för studien

Beatriz Hedvall
Leg. Sjuksköterska
Student Masterprogrammet
i reproduktiv och perinatal
hälsa
Tel: 0736-704228
gusbeahe@student.gu.se

Maria Bohman
Leg. Sjuksköterska
Student Masterprogrammet
i reproduktiv och perinatal
hälsa
Tel: 0708-322566
gusbohma@student.gu.se

Ingela Lundgren
Professor
Sahlgrenska Akademien
Tel: 031-7866052
ingela.lundgren@gu.se

Bilaga 2 - exempel på analysens gång

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
...hon frågade när jag haft sista mens, inget mer	Hon frågade bara när jag haft sista mens	Fråga om sista mens	Rutinmässigt förhållningssätt begränsade kommunikationen	Tidsbrist gav begränsningar i mötet med barnmorskan
...så det känns som att det var mer på rutin idag	Det känns som att det var mer på rutin idag	Rutinkänsla		
...jag tror det framgår ganska tydligt när man blir kallad till en provtagning... så är det in, ta prov, ut... och kallelsen är ju tydlig... så jag tror inte man tar det för ett fullvärdigt besök...	Det framgår tydligt när man blir kallad till provtagning att det är in, ta prov, ut... Inte ett fullvärdigt besök	Tydliga avgränsningar		
Hon ställde lite frågor när jag kom... om jag fött barn och preventivmedel ... rutinfrågor men inget annat	Hon ställde lite rutinfrågor när jag kom	Rutinfrågor		
...inser att hon har ungefär 3-4 minuter bokat för oss, eller ja en kvart men sen ska hon ju hinna fylla i journal och sånt... så jag frågar inte	Inser att hon har kort tid för oss så jag frågar inte	Kort tid	Brist på tid påverkade frågorna	
...det vet jag från början, att det är avsatt väldigt lite tid	Vet från början att det är avsatt lite tid	Medveten om tidsbrist		
Det kändes inte som det fanns tid... för att ha ett långt samtal för man vet ju att det är en snabb tid så... och det ställer man in sig på, att det inte finns så mycket tid	Det kändes inte som det fanns tid för att ha ett långt samtal för man vet ju att det är en snabb tid och ställer in sig på det	Ej tid för långt samtal		
...det var ju inte så många bokade, så många som	Inte så många bokade som satt och väntade	Medveten om barnmorskans		

satt och väntade så jag kände nog att då blir man inte så stressad heller som barnmorska	så barnmorskan blir inte så stressad	stress		
...jag förstod att det var min sista kallelse och det väcker frågor om vad som händer i kroppen... men jag valde aktivt att inte ställa dem nu... det kanske inte var rätt tillfälle	Eftersom det var min sista kallelse väckte det frågor om vad som händer i kroppen, jag valde aktivt att inte ställa dem nu då det kanske inte var rätt tillfälle	Undvek frågor		
...nä jag är ingen typisk patient... jag stör inte...	Jag är ingen typisk patient, jag stör inte	Vill inte störa		
Jag tog upp att jag haft ont i livmodertappen... hon sa att i så fall får jag söka på vårdcentralen	Tog upp smärta i livmodertappen, får i så fall söka på vårdcentralen	Hänvisad vidare		
...jag tänkte jag passar på, sen visste jag att man kan inte fråga så himla mycket men nu hann jag i alla fall fråga lite...och jag tänker så här, jag bryr mig inte om att fråga nån utan jag frågar när jag kommer hit	Jag passar på för jag visste att man inte kan fråga så mycket, men jag hann fråga lite... jag tänker att jag bryr mig inte om att fråga nån utan frågar när jag kommer hit	Passa på	Tillfället togs i akt och frågor ställdes trots tidsbrist	
...man hann fråga lite under tiden man tar av sig...och sen när man har satt sig så frågar man också lite	Man hann fråga under tiden man tar av sig och när man har satt sig	Hann fråga under tiden		